



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

(Desafio dos Novos Media na Direcção Geral de Saúde)

Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências da Comunicação, vertente de Internet e Novos Media

Por

Gonçalo de Oliveira Nunes Serras

Faculdade de Ciências Humanas

Janeiro de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

(Desafio dos Novos Media na Direcção Geral de Saúde)

Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências da Comunicação, vertente de Internet e Novos Media

Por

Gonçalo de Oliveira Nunes Serras

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação da Prof. Dra. Isabel Casanova

Janeiro de 2013

Índice

<i>Agradecimentos</i>	<i>> Pág.4</i>
<i>Introdução</i>	<i>> Pág.5</i>
<i>Visão e Missão da Direcção Geral de Saúde</i>	<i>> Pág.8</i>
<i>Definição das Competências da Direcção Geral de Saúde</i>	<i>> Pág.10</i>
<i>Enquadramento Sociológico da Organização</i>	<i>> Pág. 12</i>
<i>Números e Pessoas na Direcção Geral de Saúde</i>	<i>> Pág.17</i>
<i>Desafios de Liderança</i>	<i>> Pág. 20</i>
<i>Caracterização dos Recursos Humanos</i>	<i>> Pág. 22</i>
<i>Síntese dos Desafios de Liderança</i>	<i>> Pág.29</i>
<i>Actividades no âmbito do Estágio</i>	<i>> Pág.30</i>
<i>Recomendação de Estratégia da DGS para o facebook</i>	<i>> Pág.87</i>
<i>Autopoiesis em Redes Sociais</i>	<i>> Pág.114</i>
<i>Universo Autopoiético do Facebook</i>	<i>> Pág.119</i>
<i>Conclusão</i>	<i>>Pág.151</i>
<i>Bibliografia</i>	<i>> Pág.152</i>

Índice de Figuras, Gráficos e Tabelas

FIGURAS

Figura 1 – Maquete do Clube DGS > Pág.36

Figura 2 - Dinâmica Interna numa Instituição de Saúde > Pág.63

TABELAS

*Tabela 1 - Reorganização de Conteúdos no Micro Site do Departamento da
Qualidade> Pág. 73*

Tabela 2 - Ranking Top 10 Páginas Fãs de Facebook Utilizadores Activos > Pág.93

Tabela 3 - Ranking Top 10 Páginas Fãs de Facebook Núm. Total de Fãs > Pág.94

Tabela 4 - Audiência Acumulada de Fãs na Amostra A > Pág.96

Tabela 5 - Número de Páginas na Amostra A por Categoria de Conteúdos > Pág.99

Tabela 6 - Audiência Acumulada de Utilizadores Activos > Pág. 101

Tabela 7 - Ranking Categoria Marcas: Saúde por Número Total de Fãs > Pág.103

Tabela 8 - Utilizadores Activos por Categoria > Pág. 104

Tabela 9 - Percentagem Média de Utilizadores Activos por Categoria > Pág. 105

Agradecimentos

À minha mãe e restante família que me apoiaram nestes últimos dois anos em circunstâncias nem sempre fáceis. Ao Director do Departamento da Qualidade Dr. José Alexandre Diniz, aos nossos supervisores mais directos: Dra. Anabela Coelho, Dr. Cláudio Correia e Dra. Cristina Costa. Agradecemos também ao Sr. Plácido Teixeira a paciência para com a minha inexperiência e à Sub-Directora Geral Dra. Catarina Senna e Director Geral Dr. Francisco George pelos desafios que me colocaram, apesar de eu ser um mero estagiário, e à nossa orientadora de estágio Prof. Dra. Isabel Casanova por estar sempre presente e de nunca se esquecer de nós.

Introdução

Talvez não haja uma mensagem principal na nova sociedade da informação, tema central do nosso mestrado. As mensagens são muitas, diversas. Os efeitos provocados pelos novos *media* sobre a cognição humana ainda estão a ser estudados – pensa-se que a capacidade de atenção e concentração estejam a ser diminuídas e mesmo até a nossa capacidade de aprendizagem.

Por outro lado erguem-se vozes que defendem a quase invulnerabilidade do indivíduo naquilo que chamam o seu filtro individual, falando de uma literacia informacional que permitiria ao indivíduo manter em equilíbrio os seus graus de autonomia, independência e clareza de espírito. (Carr 2008) Em todo o caso, hoje, face às torrentes de informação que emanam um pouco por todo o lado, todos nós necessitamos de ser capazes de ignorar a informação abundante numa dada situação para poder tomar decisões rápidas e precisas, no momento certo. (Leslie 2012).

Existem benefícios óbvios no acesso à informação. Sem informação não poderíamos fazer escolhas de entre o leque das opções disponíveis, por conseguinte existindo as alternativas, só as conhecemos mediante a informação que delas possuímos. Do acesso à informação depende uma sociedade livre dizia John Stuart Mill (Mill 1863), mas hoje, a generalidade dos especialistas acredita que o seu excesso pode conduzir a uma perda de qualidade de vida: provocando stresse, baixando os níveis de bem-estar laboral, e mesmo a doenças físicas (Edmunds & Morris 2000).

O problema de excesso de informação disponibilizado pelos novos *media* é pois, um problema de saúde pública. À nossa volta vimos o regurgitar dos telemóveis e pensamos como os antigos rituais, analógicos, são cada vez mais substituídos por novos rituais digitais. A lotaria passou a jogar-se *online*, as conversas de café passaram para uma sala de *chat*. A nossa caixa de email encontra-se repleta de mensagens indesejadas.

Não é a primeira vez que a humanidade passa por uma situação de submersão em informação. Com o aparecimento da imprensa, há cinco séculos, os receios acerca do excesso de informação eram semelhantes entre as classes mais literadas. Mas logo surgiram novas formas de organizar o conhecimento. Os métodos empregues pelos quinhentistas incluíam planos para bibliotecas públicas, as primeiras bibliografias

universais que tentavam listar todos os livros disponíveis, os primeiros livros de recomendações sobre como redigir apontamentos a partir de um livro, maiores compilações enciclopédicas. Indexes alfabéticos permitiam ao leitor consultar os livros sem os ler integralmente. Teólogos e Juristas desenvolveram concordatas bibliográficas, alfabetizando os cabeçalhos das edições para melhor gerirem os seus textos canónicos, e com a explosão dos livros impressos, estes métodos foram utilizados para audiências maiores. (Blair 2010). O que mudou, no século XXI, foi o espectro de alcance dessa informação, agora disponível para as massas alfabetizadas, e a sua velocidade; se partirmos do pressuposto que o excesso de informação se resolve pela organização a quem caberá essa organização? Aos informáticos? Ou a nós mesmos? Desde os anos 70 do século XX que a Nova Saúde Pública aposta principalmente na prevenção de hábitos e comportamentos (Lupton 1995); será que esse é um caminho de prevenção determinado e organizado pelos organismos públicos competentes ou estaremos nós a sós na era da informação?

McLuhan (1972) exprime com seriedade a transição da cultura oral para a cultura impressa, assim como o regresso a formas orais, tribais de comunicação nesta nova era da informação (de que a Internet é o maior expoente), e as dificuldades que o homem alfabetizado enfrenta na passagem de uma cultura visual para uma cultura auditiva, que podem incluir esquizofrenia (McLuhan, 1972, pp.38-45). Diz Castells (2005) que as nossas sociedades se estruturam cada cada vez mais em torno de uma oposição bipolar entre a Rede e o “Self” e que, nessa condição de esquizofrenia estrutural entre função e significado, os padrões de comunicação estão sob tensão crescente. É nessa tensão crescente que se desenham os maiores conflitos e os agravos mais dramáticos, quando grupos sociais e indivíduos se tornam alienados entre si, passando a considerar o outro como estranho e eventualmente como uma ameaça. Perante este cenário, surge a individualização total do comportamento e da impotência da sociedade perante o seu destino. Não é esta a nossa perspectiva; não acreditamos no fim da história nem na ideia de um Império tão desmaterializado como poderoso, polícia do mundo onde o tempo se cristalizou numa ordem perfeita.(Hardt & Negri 2004). O que deve ser salientado (Castells 2005) para se entender a relação entre a tecnologia e a sociedade é a capacidade do estado para promover, interromper e liderar a inovação tecnológica na medida em que organiza as forças sociais dominantes num determinado espaço e época. A tecnologia expressa a capacidade de uma dada sociedade impulsionar o domínio

tecnológico por intermédio das suas instituições sociais, inclusivé o Estado. O processo histórico em que esse desenvolvimento ocorre marca as características da tecnologia e da sua inter-relação com o social. A União Europeia determinou-se a constituir-se, a partir do Tratado de Lisboa, como a sociedade do conhecimento mais avançada do mundo em 2010.(Coelho, J.D. *et al* 2007).

O Tema do excesso de informação seria o mais urgente de abordar em termos de saúde pública, não fosse o teor deste documento o relatório do nosso estágio e das tarefas a ele associados. Neste nosso relatório de estágio escolhemos apresentar os projectos mais relevantes que levámos a cabo durante os seis meses de duração do mesmo. A estrutura deste relatório é reflexo disso mesmo. Não existem capítulos, mas secções que terminam por vezes abruptamente, onde são detalhados os passos que tivemos de percorrer para a concepção e implementação dos vários projectos em que participámos ou colaborámos.

Nesses projectos distinguimos naturalmente os mais relevantes nomeadamente: a dinamização do potencial de recursos humanos interno da DGS através do “clube DGS”, um portal de género wiki para as doenças raras denominado “Wikicure”, e uma estratégia de conteúdos da direcção geral de saúde para o facebook, em que aplicámos os princípios da autopoiesis de Maturana e Varela (1992) aceitando a complexidade de Edgar Morin (2008). De uma forma geral tentámos perceber de que forma as partes se integram no todo, colocando o braço tecnológico da Internet e dos novos media ao serviço das necessidades da instituição.

Visão e Missão da Direcção Geral de Saúde

A designação “Direcção Geral de Saúde” é indicativa. Uma Direcção, mas uma direcção geral: adequando estratégias para um estado completo de bem-estar físico e psicológico (definição da Organização Mundial de Saúde), definição essa que evoluiu muito ao longo dos tempos, segundo as perspectivas das épocas.

Vivemos tempos de racionalização económica pela falência técnica do Estado Social, e a essa racionalização económica correspondem medidas concretas (como o aumento das taxas moderadoras no S.N.S. ou a criação da linha Saúde 24 para descongestionar os serviços de urgência). Essa racionalização nota-se também pela flexibilização de horários e de funções. O regime de carreiras da função pública tem sido revisto na horizontal, com a extinção pura e simples de algumas carreiras (República 2008) que anteriormente existiam.

A tecnologia vem substituir a força de trabalho (Guerreiro 2012) (Taylor 2008), necessária por exemplo para enviar correio via postal¹. O envio postal e demais literatura foram substituídos por novas ferramentas tecnológicas como o *email*, ou a colocação *online* de informação em *websites*, que pode depois ser consultada. Isto implicou mudanças radicais nos métodos de trabalho tradicionais.

Existe muita literatura que diz respeito à história da DGS e a glória de lutas contra a varíola e tuberculose (Ribeiro 2009), por exemplo, mas não existe muita análise sobre a informatização dos métodos de trabalho, e da abundância de informação que daí decorre – principalmente no período compreendido entre 2000 e 2010 que abordamos nas páginas seguintes. A uma informatização de métodos de trabalho corresponde, só por si, mais informação: capacidade de gestão e análise dos *emails* enviados e recebidos, número de publicações, número de leituras dos artigos publicados sobre saúde, etc. Existe aqui pois um perigo de “overload” de informação de gestão interna, a que se junta perigo de “overload” de informação externa, já que as novas tecnologias estão presentes em todos os organismos públicos que negociam as suas acções e procedimentos com a Direcção Geral de Saúde. Portugal é, com efeito, número 1 em *e-government*, o que significa que as diversas plataformas electrónicas estatais,

¹ Segundo nos contou a D. Fernanda Marçal, secretária do Director do Departamento da Qualidade, as ocasiões de envio postal implicavam muito trabalho manual ainda no início do milénio, com muitas pessoas envolvidas: umas dobravam as circulares, outras selavam, etc.

que desmaterializam a burocracia, funcionam quase na perfeição, se exceptuarmos o *e-commerce*. (Vários 2007).

A Direcção Geral de Saúde gere cada vez mais num conjunto de esforços com a União Europeia, mas também em articulação com os seus parceiros mundiais. Riscos Pandémicos como a SIDA, ou o cancro, têm mesmo de ser geridos assim. Se a abordagem da instuição é geral e globalizante, no que à saúde pública diz respeito, através dos seus departamentos, programas e iniciativas, o problema de uma direcção mantém-se; ou seja é necessária uma visão de futuro. Acontece que em Saúde Pública os resultados das medidas postas em prática só se podem ver através da estatística. Em boa verdade, este é o princípio diferenciador básico entre saúde pública e medicina; a medicina trata o indivíduo; e a saúde pública, as populações. A visão da Direcção Geral de Saúde, definida pelo actual Director Geral de Saúde Francisco George da seguinte forma (Direcção Geral de Saúde 2010), só se pode ver através da estatística portanto:

*“A DGS tem como **visão** contribuir para um futuro mais saudável para toda a população.”*

Definição das Competências da Direcção Geral de Saúde

A União Europeia veio trazer uma nova forma de gestão às instituições públicas portuguesas, na qual se engloba a Direcção Geral de Saúde. Assim, de acordo com as orientações europeias, o Decreto-lei 183/96 de 27 de Setembro veio impor a elaboração de Planos e Relatórios de Actividades Anuais, como instrumentos privilegiados de gestão: planeamento e controlo (Direcção Geral de Saúde 2010). Compreende-se de resto a necessidade expressa de controlar e vigiar os fundos comunitários europeus, as suas formas de aplicação e os resultados da implementação dos diversos programas, projectos e iniciativas. Para além dos objectivos estratégicos que eram em 2010: 1. Promover a Saúde no Ciclo de Vida e em Ambientes Específicos; 2. Desenvolver abordagens de prevenção e controlo em doenças transmissíveis e não transmissíveis; 3. Melhorar o acesso e adequação de prestação de cuidados de saúde; 4. Planear e Programar a Política Nacional para a Qualidade no sistema de Saúde, a Direcção Geral de Saúde encontra-se obrigada a auto-avaliar-se pelos indicadores operacionais (Direcção Geral de Saúde 2010). Nestes indicadores operacionais podemos avaliar o peso e o impacto de cada tipo de intervenção, nomeadamente, no que diz respeito a Eficácia, Eficiência e Qualidade.

Definimos qualidade em saúde, de uma forma geral, como a difusão de uma cultura de excelência na prestação de cuidados de saúde. Em termos operacionais, essa cultura de excelência traduziu-se, em 2010, em 41 indicadores. Esses indicadores têm por base os objectivos estratégicos que vimos anteriormente, e subdividem-se em três campos de acção. Os indicadores que controlam a eficácia da prestação de cuidados de saúde, no que ao utente diz respeito. Aqueles que controlam a eficiência com que o serviço é prestado (nomeadamente a nível de tempo e de custo) e aqueles que controlam a qualidade. O número de indicadores operacionais que dizem directamente respeito à qualidade na saúde (em 2010)² representavam cerca de 70% do total de indicadores.

Trata-se sobretudo da emissão e difusão de normas, informações, orientações, manuais de boas-práticas. Ou seja, da difusão electrónica, uma vez que a sua difusão ocorre principalmente sobre o site da Direcção Geral de Saúde, de uma cultura de excelência, que se operacionalizam sob a forma de métodos e procedimentos onde a

² Últimos dados disponíveis

eficiência e a eficácia são determinantes. O sucesso das políticas da Direcção Geral de Saúde está portanto directamente relacionado, dependente mesmo perante quem avalia a sua eficácia, com a adopção destas normas e orientações que estatutizam o acto médico na óptica das melhores práticas reconhecidas a nível europeu e mundial.

Enquadramento Sociológico da Organização

A Direcção Geral de Saúde, onde estagiei durante seis meses, é o organismo português na dependência do Ministério da Saúde que coordena as políticas gerais de saúde para a população portuguesa, como vimos em detalhe no capítulo precedente. A esmagadora maioria dos seus líderes são, tradicionalmente, médicos ou enfermeiros (Secção de Pessoal / Contabilidade da DGS. 2010), à frente de muitas pessoas com ampla experiência, baixos salários e baixas qualificações. “A” Direcção Geral de Saúde bem merece o artigo que lhe precede a designação; 70% dos braços são femininos.

A racionalização económica e eficiência de serviços marcou a agenda política da última década. A DGS, como órgão público que é, não foi excepção. O seu quadro de pessoal sofreu uma redução de cerca de metade dos efectivos em apenas dez anos, num êxodo possível em parte graças a reformas antecipadas. A aposta nos novos *media* como veículo principal de comunicação interna e externa (Direcção Geral da Saúde 2004) fez parte de um projecto maior, europeu, de consolidação e integração política, para tornar a Europa a Sociedade da Informação mais avançada do mundo. (Vários, 2007).

A Direcção Geral de Saúde, em termos estratégicos, rege-se pela chamada “Nova Saúde Pública”, que se afirmou nos anos 70, muito para além dos contextos epidemiológicos (Lupton 1995). Descobrimos que a Saúde Pública não são apenas os Hospitais ou Centros de Saúde a que nos dirigimos numa situação de emergência. Nem apenas ou só as medidas de emergência num plano de contenção epidémica ou os miasmas dos caixotes de lixo da nossa rua. É muito mais do que isso, e é transversal a toda a sociedade.

A Saúde Pública está menos dependente da prática médica do que do contexto que a envolve. Os pobres continuam a morrer mais e mais depressa do que os ricos, e isso já se sabe desde o século XIX (Novick & Morrow 2008). A perspetiva da “Nova” Saúde Pública é reconhecer que a melhoria dos indicadores de saúde, a um nível global, está dependente de factores exógenos à doença. A Saúde Pública aborda hoje, preferencialmente, a prevenção de Hábitos, Comportamentos e Circunstâncias (sociais, económicas, políticas, genéticas, etc.).

Isto é: ao invés de identificar a doença, identifica-se o caminho que conduz à doença e à enfermidade, propondo em alternativa vias, caminhos, comportamentos mais

saudáveis. O comportamento torna-se, segundo esta perspetiva, no “gérmen” da doença, o que nos transporta a um debate público, académico e institucional sobre a liberdade do indivíduo (Foucault 1994)³; a repressão dos comportamentos e hábitos sendo uma nova forma de poder sistemático e sistémico.

A oeste, tudo de novo: o Estado Industrial, departamentalizado na vertical em hierarquias e distâncias muito definidas (Galbraith 1969), com os seus discursos, foi-se desvanecendo - especialmente a partir dos anos 70 - dando lugar a uma sociedade de serviços, horizontal, individualista, mas de proximidade, num mercado liberalizado e multicultural (Canclini 1999). As regras dos que viveram a II Grande Guerra, pareciam demasiado rígidas à Geração do Pós Guerra (Hobsbawm 1995), mais conscientes e reclamando mais autonomia. A herança organizacional recebida, de contexto militar, era manifestamente inadequada aos novos tempos. Ninguém queria parecer assumir o ónus dessa herança de uma disciplina de ferro, pelo menos não à época. Como podemos depreender das palavras de Roy Griffiths (1983), a quem o governo britânico encomendou um relatório que fosse conciso sobre o estado do Sistema Nacional de Saúde Inglês no início da década de 80:

In short, if Florence Nightingale were carrying her lamp through the corridors of the National Health System today she would almost certainly be searching for the people in charge. (Griffiths, 1983)

No domínio da Saúde Pública, a solução surgiu com a introdução do *general management* isto é, de departamentos que se encarregavam das tarefas da Gestão, e da Administração Hospitalar; isto é, as instituições de saúde públicas começam a ser geridas como unidades de negócio porém sem fins lucrativos, onde os recursos passam a ser vistos como escassos (Sakellarides 2009) e sujeitos a escrutínio permanente.

Por outro lado, houve uma reestruturação organizativa segundo este preceito: Foram introduzidas plataformas intermédias como é o caso em Portugal das Administrações Regionais de Saúde, e criados órgãos para gerir fenómenos específicos (Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Português do Sangue, etc.) Subjacente a tudo isto está a cultura de autonomia do indivíduo, seja ele o paciente, o médico ou o enfermeiro, uma vez que, não cumprindo nem interiorizando

³ Ou seja, até que ponto é que a conveniência das estratégias de saúde pública pode ser invasiva da esfera privada, actuando como instrumento de poder e controlo.

escrupulosamente disciplinas, não possuindo objetivos claros a cumprir, mais facilmente poderá incorrer em erro e negligência. A partir dos acontecimentos de Bristol, em que dezenas de crianças morreram por negligência médica, isto ficou ainda mais evidente (Kennedy 2001). O impacto mediático destes tristes eventos foi tal que determinou uma revolução no sistema de saúde inglês. Essa revolução fez-se sentir na criação de mecanismos de controlo de qualidade do processo médico.

A triste história resume-se em poucas linhas: na falta de uma liderança eficaz, na falta de objetivos e procedimentos bem definidos, na ausência de uma organização sólida, os médicos de Bristol foram autónomos nas suas decisões com os resultados trágicos de muitas mortes. Os mecanismos de controlo eram tácitos, convencionados entre colegas, mas sem responsabilidades definidas. Colocar todos os procedimentos por escrito, responsabilizando os médicos pelo seu cumprimento, enunciando as práticas médicas “state of the art” passou a ser um imperativo nacional inglês.

Em Portugal, é sobre o Departamento da Qualidade na Saúde que recai esta responsabilidade. Foi nesse departamento que estagiei durante seis meses. As actividades diárias abordavam a qualidade clínica, a certificação de qualidade, gestão da inovação, a segurança do doente, prevenção de eventos adversos. O processo médico era estudado e controlado qualitativamente através de Normas, Orientações e Informações, com recurso sistemático às novas tecnologias. Espera-se que essas orientações, baseadas na melhor informação disponível, fundem o processo médico, limitando os erros pela exemplificação dos melhores procedimentos; pela difusão de cultura de melhoramento contínuo, de evidência, de prevenção do erro. E por consequência “predisponham” as estatísticas, a prova de facto, para melhores resultados: no atendimento, na percepção da qualidade do serviço prestado, nos custos, na duração do atendimento, etc.

Ao longo do nosso estágio familiarizámo-nos com cada uma destas divisões; e tentámos evidenciar as possibilidades das novas tecnologias, vertente do nosso Mestrado em Ciências da Comunicação na nossa Universidade Católica. Possibilidades sobejamente tecnológicas (COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES 2008), mas também de um novo tipo de entendimento das coisas: a Internet permite construir o conhecimento de forma partilhada, por massas anónimas de indivíduos

(Tappscott & Williams 2006). Nova epistemologia a que equivale uma nova linguagem (Crystal 2001) numa economia de pensamento e de tarefas (Engelbart 1962).

No fundo da questão da qualidade na saúde está o erro humano e de como ele acontece. Das suas vizinhanças, tecnológicas e organizacionais, que são, ainda assim, num extremo ou noutro do processo médico geridas por mão humana. Mas também de como o erro humano pode ser detectado. Durante treze anos as estatísticas evidenciaram taxas de mortalidade anormais em operações cirúrgicas cardíacas infantis na enfermaria de Bristol (Kennedy 2001). O Grande Olho da Saúde Pública sofre, através da estatística, das inúmeras periferias de que dispõe e alcança – são essas as circunstâncias da nova Saúde Pública. E apesar disso, o nosso coração avisa-nos que a maior parte das mortes em Bristol podiam, e deviam, ter sido evitadas, paradoxalmente, pela estatística que as contabiliza. Julgamos, neste caso específico a que nos referimos, que houve erro não só dos médicos que realizaram aquelas operações, mas também omissão e negligência de quem tinha acesso e geria aquelas estatísticas. Florence Nightingale (1860) defendia a necessidade de estatísticas precisas pela exiguidade e imperfeição das mesmas, num século XIX que dispunha de muito pouca, e imprecisa, informação médica. A situação hoje é oposta. A informação é cada vez mais precisa e abundante – em tempo real. O acto de gerir muita informação deve ser substituído pelo acto de gestionar: um híbrido linguístico que pretendemos inclusivo dos conceitos de gerir, mas de questionar criativamente os dados e de os relacionar num contexto do muita informação instantaneamente disponível graças aos novos *media*.

O Método Científico, método dos Sistemas de Saúde Pública, consiste em observação e experimentação. Em todas as ciências que dependem da observação para inferir ou aferir os seus resultados, o erro está sempre presente: devido às imperfeições dos nossos sentidos e percepção, ou dos instrumentos que utilizamos para auxiliar esses sentidos e percepção (Poincaré 1918). Os factos disponíveis através da observação são infinitos. Uma selecção desses factos e a produção das respectivas relações ou analogias é limitação da ciência enquanto método, e simultaneamente seu predicado mais frutuoso, graças ao qual devemos tantos progressos. A estatística reveste-se de particular importância para a Saúde Pública, uma vez que tratando de populações, só a estatística devolve os resultados dos esforços de prevenção, controlo e orientação efectuados. A qualidade e abundância de novas estatísticas não pára de aumentar, na proporção da informatização dos processos. As médias são cada vez menos simples e

cada vez mais ponderadas. O Problema da muita informação disponível é um problema da própria Ciência que a produz.

Números e Pessoas na Direcção Geral de Saúde (2003-2010)

Indicadores na sua Aplicação no Serviço Nacional de Saúde

O serviço nacional de saúde é composto de mais de 400 unidades de saúde, onde a esmagadora maioria são Centros de Saúde. Estes hospitais e Centros de Saúde têm as suas próprias hierarquias internas, que também definem, priorizam e estabelecem políticas de qualidade, independentemente da Direcção Geral de Saúde e do Departamento da Qualidade onde estagiámos.

Exemplo do Hospital de Sta. Maria

Como exemplo, vejamos a estrutura do Corpo de Direcção Clínica do Hospital de Santa Maria em Lisboa, inseridos no Conselho de Administração. Este mesmo Corpo de Direcção Clínica é composto por 1 Director Geral e 9 Adjuntos de Direcção Clínica.

Ao Director Clínico compete a direcção de produção clínica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., que compreende a coordenação da assistência prestada aos doentes e a qualidade, correcção e prontidão dos cuidados de saúde prestados, designadamente:

- Coordenar os planos de acção apresentados pelos vários serviços e departamentos de acção médica a integrar no plano de acção global do centro hospitalar;
- Assegurar uma integração adequada da actividade médica dos departamentos e serviços, designadamente através de uma utilização não compartimentada da capacidade instalada;
- Propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços de acção médica, dentro de parâmetros de eficiência e eficácia reconhecidos, que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis;
- Aprovar as orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, respondendo perante o conselho de administração pela sua adequação em termos de qualidade e de custo-benefício;
- Propor ao conselho de administração a realização, sempre que necessário, da avaliação externa do cumprimento das orientações clínicas e protocolos mencionados, em colaboração com a Ordem dos Médicos e instituições de ensino médico e sociedades

científicas;

- Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos cuidados de saúde
- Decidir sobre conflitos de natureza técnica entre serviços de acção médica;
- Decidir as dúvidas que lhe sejam apresentadas sobre deontologia médica, desde que não seja possível o recurso, em tempo útil, à comissão de ética;
- Participar na gestão do pessoal médico, designadamente nos processos de admissão e mobilidade interna, ouvidos os respectivos directores de serviço;
- Velar pela constante actualização do pessoal médico;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspectos relacionados com o exercício da medicina e com a formação dos médicos. (fonte: site institucional do Hospital de Sta. Maria⁴)

Destacámos os aspectos da Direcção Clínica do Hospital de Sta. Maria (Lisboa) que convergem no sentido das NOI produzidas pela Direcção Geral de Saúde. Verificamos também que destas dez pessoas depende portanto, a nível clínico, a gestão clínica das melhores práticas disponíveis. Destas dez pessoas depende a implementação, a nível do corpo clínico do Hospital de Sta. Maria (um dos maiores do país, como sabemos) das normas, orientações e informações emitidas pela Direcção Geral de Saúde. Estas pessoas são líderes na instituição que admnistram. O sucesso na implementação de NOI passa pois pelo sucesso na comunicação com estas pessoas, que por sua vez tomarão internamente as medidas necessárias na implementação das mesmas. É a relação destas pessoas com a Direcção Geral de Saúde que determina o sucesso da cultura de excelência que a DGS procura veicular através de NOI. Uma relação de líderes (dos Hospitais, Centros de Saúde) com outros líderes (os directores dos vários departamentos e divisões da Direcção Geral de Saúde. Esta relação tem certamente uma forte componente de novas tecnologias, nomeadamente através do site institucional e do uso do *email*, telefone. Se melhorarmos os níveis da relação entre os líderes, utilizando para isso a componente electrónica mas também a componente social, humana e presencial, melhoraremos, pelo compromisso que se estabelece entre os líderes, também os indicadores da qualidade de saúde em Portugal, pelo compromisso que se estabelece nas cúpulas de decisão de práticas de excelência. Um

⁴ <http://www.hsm.min-saude.pt/>

compromisso que não pode ser apenas formal: tem, deve ser, um compromisso emocional, intelectual, e espiritual.

Desafios de Liderança

1. Liderança e Massa

Cleópatra, Marco António, Jesus Cristo, Napoleão, Nixon, John F. Kennedy. Facilmente reconhecemos estes nomes e o papel que tiveram na História como líderes. Todos eles foram capazes de determinar o curso da história, pelas suas acções, pelas suas decisões. Apesar de alguns destes líderes não terem tido o sucesso desejado, todos eles defendiam uma visão muito concreta, uma visão cultural que conseguiram transmitir aos seus seguidores. Não foi a mensagem apenas. Qualquer uma das mensagens expressas por estes líderes foi repetida diversas vezes ao longo da história, talvez até no nosso bairro, na nossa rua, no nosso trabalho. A mensagem é a pessoa que a transporta, e é com essa pessoa em particular que os povos e as equipas se identificam. Identificam-se com as suas mensagens, porque essas mensagens contêm os seus desejos, os seus sonhos e aspirações – às vezes sentimentos até então desconhecidos, mas que as mobilizam. Um líder é a massa que conduz portanto, e uma massa só se deixa conduzir por líderes, ou por grupos de líderes. Um líder representa essa massa, tantas vezes anónima. Quando a comunhão é total, é a massa que representa o líder. Compreender líderes, como existem na Direcção Geral de Saúde, exige a compreensão daqueles que são dirigidos por eles. O líder representa-as, e portanto é uma síntese do Grupo. Uma extensão da vontade do grupo, que ele domina pela força, pela sedução, pela inteligência. A forma como essa síntese se dá num indivíduo, ou num grupo de indivíduos, pode ter uma diversidade de factores desde os psicológicos, culturais, políticos (no caso de nomeações políticas por exemplo), económicos etc. Descobrir como surgiu Napoleão e de como ele conseguiu representar um povo, quais as características que ele possuía enquanto indivíduo que lhe permitiram chegar tão longe na sua carreira militar e política, seriam meras conjecturas. Certas facetas do carisma de alguém podem ser isoladas em parte, como por exemplo a Beleza de Marilyn Monroe que arrastou multidões. Mas há tantas e tantas mulheres mais belas que Marilyn Monroe que perceber a razão do seu fascínio seria uma tarefa sempre incompleta. Algo no interior de Marilyn Monroe seria sempre insondável, desconhecido, irrepresentável. Mais fácil que compreender um líder que é seguido, será talvez compreender as massas que os seguem. As massas podem dividir-se, segmentar-se, medir-se. Sem tentarmos compreender ainda o processo de identificação da equipa DGS com os seus líderes, ou líder, vamos tentar perceber a natureza desse grupo de 129 efectivos. A forma como

esse grupo se constitui pode não nos dar o retrato do líder, mas ajuda-nos a perceber os seus problemas e desafios. A forma como o líder resolve esses problemas e desafios tem a ver com as suas personalidades, culturas e modos de agir. Como o resolve é um problema que pode ser analisado e tratado e até descoberto. Reproduzir esse modo de agir é que é mais complicado. Mas podemos pelo menos perceber quais são os problemas que assistem ao líder, no que à DGS diz respeito. Um líder ganha dimensão crítica mediante a sua equipa. Mesmo José Mourinho teria dificuldade em se sagrar campeão europeu com uma equipa da III Divisão Nacional. O líder é refém do potencial, latente ou não, da sua equipa. Tem de ser um reflexo desta, ou pelo menos considerar as aspirações, os desejos e os receios daqueles que lidera . Vejamos pois que equipa é essa, naquilo que foi uma das primeiras tarefas na DGS: a análise dos balanços sociais de 2000 a 2010.

Caracterização dos Recursos Humanos da DGS

Evolução Recente

Consideramos que ao longo dos últimos 7 anos a DGS passou por uma reestruturação importante do seu corpo laboral e da sua estrutura. Em 7 anos perdeu mais de metade dos seus efectivos; para além disso é de recordar que a capacidade prevista de efectivos (lugares disponíveis) era de mais de quatrocentos indivíduos – ou seja, já em 2003, em que se verifica um pico de 278 efectivos, a equipa encontra-se longe da sua capacidade máxima. A capacidade operacional reduz-se com a dimensão da equipa. A redução da capacidade operacional exige uma reestruturação organizacional. A instituição teve de se focar em processos compatíveis com esta redução de efectivos, como o da emissão de normas e orientações e o da utilização substancial dos portais institucionais. À redução de efectivos junta-se a vigência macropolítica de critérios de racionalidade e eficácia o que implicou o abandono de departamentos como o da Biblioteca DGS.

2.2 – Caracterização dos Recursos Humanos

Estrutura Etária

Cerca de 70% do total de indivíduos tem entre 20 a 40 anos de casa. A maior fatia é o estrato 35-39 Anos de Antiguidade.

Evolução da Idade Média (2003-2010)

Apesar da redução de efectivos, que se deveu em parte a aposentações antecipadas, possivelmente motivadas por factores exógenos como congelamento de carreira e flexibilização de horários, verificamos que a idade média se mantém constante ao longo do período dos últimos anos, conhecendo mesmo uma ligeira subida no final da década. A redução de efectivos conseguiu evitar o aumento da idade média na empresa. Mas não conseguiu rejuvenescer o seu quadro.

Evolução da Antiguidade (Anos ao Serviço)

A antiguidade média tem uma subida mais acentuada que a idade média⁵. Isso quer dizer que a redução de efectivos se fez pelos quadros mais envelhecidos. De forma que a idade média manteve-se, mas a antiguidade dos quadros subiu. Os mais novos foram ficando, reflectindo a sua juventude, mas igualmente o número de anos em que trabalhavam na empresa.

As dificuldades de trabalhar com quadros envelhecidos podem implicar menor capacidade de resposta aos desafios, maior dificuldade na adaptação a tempos de rápida mutação tecnológica, gaps geracionais. Nos termos da função pública, no entanto, é a equipa que a DGS possui e que se encontra apesar de tudo bem longe da idade de reforma (67 anos); tendo em conta também o fenómeno das reformas antecipadas coloca a generalidade dos portugueses, pelo menos em 2009, a reformarem-se aos 62,9 anos de idade (DN.pt 2010). Pelo que prevemos que os próximos 10-15 anos tenham, de uma forma geral, de considerar muito seriamente esta estrutura etária como condicionante de qualquer operacionalização de medidas.

⁵ Antiguidade Média: Número de Anos ao Serviço

Nível de Escolaridade

Outra das questões importantes a considerar na operacionalização interna da DGS é o altíssimo grau de pessoas com baixas qualificações. Verifica-se principalmente, como é natural, a nível de assistentes técnicos e operacionais. É na escolaridade que a estrutura funcional da DGS começa a delinear-se entre dois blocos muito distintos. O dos assistentes técnicos e operacionais (a camada laboral mais envelhecida e menos qualificada) e o dos técnicos superiores, médicos e em menor grau, os enfermeiros – tradicionalmente associados a funções de chefia e portanto de liderança.

Distribuição por Género

Para definir a distribuição por Género dentro da DGS optámos pelos dados presentes na Lista Telefónica Interna. A Lista Telefónica Interna apresenta um universo maior que o Balanço Social⁶, porque inclui Colaboradores, Prestadores de Serviços e Estagiários (como nós próprios).

De referir que a Lista Telefónica apresenta uma percentagem de mulheres ligeiramente inferior (cerca de 65%) do que o Balanço Social 2010 (cerca de 70%). Tendo em conta que a Lista Telefónica Interna apresenta os colaboradores, prestadores de serviços, e estagiários concluímos a respeito destes que são preferencialmente homens. A predominância feminina, essa, mantém-se em qualquer uma das fontes: Balanço Social ou Lista Telefónica Interna.

⁶ Documento anual que faz a “radiografia” dos recursos humanos internos da Direcção Geral de Saúde numa série de valências.

Estrutura Remuneratória

Distribuição Remuneratória por Género / Número de Indivíduos

O primeiro comentário a tecer em relação à estrutura remuneratória (para além da evidente diferença entre quadros menos qualificados e superiormente qualificados) é uma diferença de género. A estrutura remuneratória de Homens é muito mais uniforme que a das Mulheres.

Isto é, a estrutura remuneratória é muito mais desequilibrada para as mulheres do que para os homens. A força laboral caracteriza-se por uma diferença enorme entre as mulheres que ganham muito bem, e as que ganham menos bem. O que pode, e deve certamente, originar rivalidades intra-género. A estrutura de poder interna pode desequilibrar-se ainda mais, quando cerca de 70% dos recursos humanos efectivos da DGS são mulheres. Já nos homens, a dimensão e o peso da estrutura remuneratória mantém-se mais ou menos estável. Este desequilíbrio entre homens e mulheres é maior nas pessoas que menos recebem (45 mulheres para 12 homens recebem até 1250 euros).

Distribuição Remuneratória por Cargos

À primeira vista detectamos diferenças substanciais entre os assistentes técnicos e operacionais e também enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica (por um lado) e os técnicos superiores, os informáticos, os Dirigentes Intermédios e Superiores e Médicos. À primeira vista também, verificamos que os Técnicos Superiores representam uma espécie de barreira psicológica em termos remuneratórios médios. Afastam-se em cerca de 550 euros dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e ficam aquém em cerca de 1500 euros dos Informáticos e muito aquém de Dirigentes e Médicos. Os técnicos superiores parecem pois, na estrutura remuneratória, situar-se numa categoria à parte dos corpos operacionais (assistentes técnicos e operacionais) e dos corpos de chefia (Dirigentes e Médicos). Esta estrutura parece querer indiciar que os Técnicos Superiores vieram ocupar uma espécie de Quadros Intermédios numa estrutura de pessoal extremamente dividida em escolaridade, género, e remuneração.

Diferença Remuneratória Cargos de Chefia/Não Chefia

Se realizarmos a média ponderada das remunerações, verificamos que a média dos corpos operacionais (assistentes técnicos e operacionais), portanto o grosso daqueles que não desempenham funções de chefia resulta do seguinte cálculo:

$$\frac{[(814,19\text{Eur}.13 \text{ Ass.Op.}) + (1314,45\text{Eur}.43 \text{ Ass.Téc.})]}{56}$$

Este cálculo devolve a média ponderada das remunerações relacionadas com cargos tradicionalmente de não chefia: **1198 Euros.**

Por outro lado se realizarmos a média ponderada das remunerações tradicionalmente ligadas a cargos de chefia, daí resulta a seguinte fórmula:

$$\begin{aligned} & [(1328,59.5 \text{ Enf.}) + (1454,43\text{Eur}.1\text{Téc.Diag.Tep.}) + \\ & (2055,85\text{Eur}.27 \text{ Téc.Sup.}) + (3428,10\text{Eur}.3 \text{ Inf.}) + \\ & (3995,78\text{Eur}.27 \text{ Dir.Int.}) + (5617,95\text{Eur}.4 \text{ Dir.Sup.}) + \\ & (5800,62\text{Eur}.12 \text{ Méd.})] \end{aligned}$$

79 (Total de Indivíduos)

O cálculo desta fórmula devolve-nos um valor de **3466,5 Eur** de Remuneração Média Ponderada para os Cargos Tradicionalmente de Chefia.

O que quer isto dizer? Demonstra, na globalidade, a diferença remuneratória exagerada entre os corpos de chefia e os seus operacionais e administrativos. Na verdade, na globalidade, os corpos de chefia recebem em média cerca de 3,5x mais que os seus operacionais e assistentes técnicos (que representam cerca de metade dos efectivos da instituição). Este factor é importante se tivermos em conta que as estruturas remuneratórias são conhecidas de todos porque publicadas em Diário da República. Não duvidamos que são amplamente conhecidas, tendo em conta também a antiguidade média dos quadros. Os motivos são a estrutura própria da administração pública que prevê a evolução dos seus quadros com base em critérios como antiguidade e escolaridade. A diferença remuneratória entre operacionais e líderes poderia ser ainda maior, não fosse a antiguidade dos primeiros.

O Factor Remuneração tem obviamente importância na forma como uma equipa se sente recompensada; a qualidade de operacionalização das iniciativas delineadas pelos líderes terá de ter em conta estes factores, porque eles desenham dois grandes blocos na estrutura laboral interna da DGS.

Por um lado os corpos de chefia, compostos na sua esmagadora maioria pelas carreiras especiais, muito bem remuneradas, com elevada formação e escolaridade, onde não existem diferenças significativas de género. Por outro, uma classe de operacionais e assistentes técnicos onde há uma diferença de género (de mulheres para homens) muito acentuada, de baixíssima escolaridade (cerca de 70% deste grupo tem apenas o 9º ano) com escalões remuneratórios muito inferiores.

Caracterização das Chefias

Distribuição Geral de Funções

Mais uma vez recorremos à Lista Telefónica Interna para caracterizar as Chefias na Direcção Geral de Saúde. Partimos de uma concepção de Chefias inspirado num conceito de liderança. Chefias, neste entender, são aquelas que, na DGS, possuem funções de orientar equipas e delegar tarefas. Nesta concepção, incluímos no conjunto de Chefias pessoas como a D. Paula Carreira – Gerente do Refeitório. Partimos igualmente do pressuposto de que a empresa é um organismo, e como tal, utilizando a metáfora médica, nenhuma parte desse organismo deve ser deprezada. Ao movimentarem-se na instituição, os indivíduos transportam parte dos problemas da sua divisão, parte dos seus problemas pessoais – pelo que consideramos, apesar da estrutura funcional-divisionista, que tudo está interligado em termos humanos e sociais.

Distribuição de Chefias por Cargos

As chefias são predominantemente ocupadas pelas Carreiras Especiais (Médicos) e em menor número, por Técnicos Superiores. Os assistentes técnicos e operacionais ocuparão certamente os seus lugares pela sua experiência e antiguidade, uma vez que parece evidente a correlação entre formação e hierarquia, assim como a convenção de que um líder tem de ser um especialista (médico).

O facto de a cerca de 26% das chefias não se poder, por intermédio da Lista Telefónica Interna, atribuir qualquer tipo de carreira, reforça a nossa convicção de que a nível superior e intermédio, estes prestam um trabalho de apoio específico aos dirigentes superiores e intermédios numa visão global e estruturante da DGS e do sector da saúde. É natural de resto que assim seja, num tipo de liderança que se caracteriza por ser especialista, isto é, não abrangente. É essa abrangência porventura que os líderes procuram nos seus assessores e colaboradores.

Síntese dos Desafios de Liderança na DGS

Neste cenário, que desejámos ilustrar apenas com os dados que considerámos mais relevantes e expressivos, adivinham-se dificuldades de implementação de iniciativas muito bem desenhadas por especialistas médicos mas que encontram na sua operacionalização prática e técnica grandes dificuldades. Operacionalizar conceitos e estratégias de quadros extremamente experientes e qualificados não deve ser fácil para quadros de baixas qualificações, mal remunerados na sua maioria, de idade avançada e com muitos anos ao serviço da DGS. São dois mundos completamente, radicalmente, diferentes, . O principal desafio do líder é pois fazer uma ponte interna entre estes dois mundos radicalmente diferentes. Entre especialistas e generalistas, entre bem remunerados e mal remunerados, entre bem qualificados e mal qualificados, mas principalmente entre as mulheres (cerca de 70% da DGS) que são a principal força da DGS. A este fosso social e económico, que divide estratégias e operacionais, vêm associar-se dramas muito pessoais, e de saúde, pois esta é para as mulheres o período de vida em que aparece a Menopausa, com a carga psicológica, emocional e física que isso acarreta.

Recomendaríamos portanto que, antes mesmo de prestar cuidados aos outros, a Direcção Geral de Saúde começasse por cuidar de si mesma, dos seus recursos humanos, sem os quais nenhuma ideia, visão ou política, por válida que seja, se pode operacionalizar.

Actividades no âmbito do Estágio

Dinamização do Refeitório Bar “Clube DGS”

Será certamente uma surpresa para os meus supervisores na Direcção Geral de Saúde – Departamento da Qualidade a leitura desta proposta de dinamização do Clube DGS. O Clube DGS foi baptizado informalmente assim, e desempenha actualmente funções de refeitório – bar. O que primeiramente me chamou a atenção para este espaço, para além da vista lindíssima sobre Lisboa e o Rio Tejo a Poente, foi a quantidade de pessoas que normalmente estão nos seus departamentos e divisões, e que se cruzam apenas, fisicamente, neste espaço. Habitualmente, nas minhas incursões em alguns departamentos da DGS, verifiquei que a maior parte das salas são pequenas, sólidas e rigorosas, no seu desenho impecável, na sua quadrícula funcional: Departamento, Divisão, Secção, Programa, Equipa ou Projecto, Cubículo, Mesa. O Terraço, onde está o clube DGS é um salão, mais do que uma sala, onde a luz é abundante. Neste salão, onde todos os dias temos a hipótese de escolher entre duas refeições diárias a um custo mínimo, não existem divisões. Ou melhor existem todas as divisões da Instituição; é também o único espaço onde as fronteiras hierárquicas se diluem efectivamente, sem o Funil dos Projectos, dos Programas, e dos Objectivos.

No primeiro mês de Estágio concentrei-me em conhecer o melhor possível a empresa, a sua história, as suas pessoas, os seus projectos e desafios. O passado, o presente e a orientação geral para o Futuro. Não seria fácil apresentar-me a toda a gente (cerca de 129 efectivos, constantes do Balanço Social 2010; segundo a Lista Telefónica Interna – incluindo Estagiários como eu, Prestadores de Serviços ou Colaboradores – éramos 175). Houve tempos, segundo me contou a Dra. Cristina Costa, em que qualquer novo funcionário era apresentado a toda a gente. Hoje torna-se um pouco difícil haver tempo e disponibilidade para esta cortesia do antigamente, particularmente no processo de reestruturação da dívida pública portuguesa, acordo que negociámos com a Troika, expressão que designa o Banco Central Europeu, o Fundo Monetário Internacional, e a Comissão Europeia. A nível da Direcção Geral de Saúde implica cumprir com celeridade a emissão de normas e orientações que fazem parte desta reestruturação, que se pretende económica mas também cultural, o que não me parece estranho. Estranho

parece-me quando se separa a economia das pessoas e das suas culturas. Por conseguinte, pretende o Ministério, por via da Direcção Geral da Saúde, a veiculação de uma cultura de qualidade no Serviço Nacional de Saúde. Uma cultura de excelência, em qualquer actividade, só pode, no nosso entender, ser promovida pelos líderes. Tal como Mourinho, na forma como motiva as suas equipas e as faz transcender dentro das possibilidades únicas e particulares de cada indivíduo, a cultura de excelência é, também na saúde, uma forma de incutir em médicos, enfermeiros, administradores hospitalares, administrativos e operacionais, etc. uma cultura de excelência, na busca das melhores práticas. Para isso são emitidas normas, orientações e informações, versando os mais diferentes temas na saúde: desde a formas de tratamento de doenças, prescrição de medicamentos, cuidados a ter ou outras recomendações. Estas normas e orientações visam o indivíduo com o mesmo objectivo. Garantir que ele desempenha a sua função com base naquilo que a Direcção Geral de Saúde considera, face ao conhecimento disponível, que são as melhores práticas e as mais efectivas. Outrora emitidas via postal, estes conteúdos são disponibilizados exclusivamente no *site* da Direcção Geral de Saúde. O profissional de saúde pode depois consultar estes documentos por via electrónica. O problema que se segue é garantir o cumprimento destas normas e orientações. O que pode ser feito essencialmente por duas vias: O reforço de tipo negativo (inspecções, controlos de qualidade, etc.), ou por via positiva (liderança e motivação das equipas). É sobre este último reforço que pretenderíamos, acaso esta proposta seja bem quista, desenvolver os nossos estudos e esforços.

Fiquei com a certeza de conhecer um pouco melhor estes líderes – porque líderes são aqueles que definem a orientação geral de um grupo, de uma equipa, de um sector tão importante como o da saúde, sem o qual, citando as palavras do Director Geral Francisco George, nada subsiste. Seria uma pessoa diferente daqui a 5 meses pois não é impunemente que se lida diariamente com líderes. Eles imprimem em nós a sua vontade, a sua forma de organização, o seu carisma. Sabia também que reunia poucas hipóteses de ficar no quadro desta instituição. Outra das determinações da Troika é o zelo extremo na contratação de novos funcionários. A ordem do Ministério da Saúde é não contratar. Porquê dar o máximo então, ao abrigo deste desencanto? Pela razão ambivalente e a crença profunda de que os profissionais com quem tenho o prazer de estar diariamente são o coração do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. É um

previlégio poder colaborar com eles na defesa da saúde pública, de mais de dez milhões de Portugueses.

Numa situação interna do tipo que vimos no capítulo precedente, favorecida por uma estrutura organizada por departamentos e divisões (onde é fácil perder a noção do fluxo geral da empresa), é necessário encontrar um espaço onde as diferenças se diluam, partindo do princípio que não podemos alterar, por decreto, as razões principais das diferenças: Escolaridade e Remuneração. A este nível as diferenças manter-se-ão porque não é razoável esperar de quadros de idade elevada e baixa escolaridade que pensem, ajam e raciocinem como pessoas de elevada escolaridade, ao que acrescentamos a elevada antiguidade de serviço e idade destas pessoas. E no entanto espera-se que o façam. Espera-se que aprendam e pensem tão rápido como os seus líderes, que tenham uma atitude crítica e autónoma sobre as suas tarefas quando a vida, e a estrutura funcionalista onde estão inseridos, lhes ensinou precisamente o contrário. Que devem executar diligentemente e eficientemente tarefas repetitivas.

Seria errado tentar estabelecer uma ponte com base no pressuposto de que é possível ultrapassar este fosso de escolaridade e remuneração. As evidências que demonstrámos cientificamente assinalam a profunda divisão entre estes dois mundos, estes dois blocos internos. Esbater estas diferenças é, no entanto, fundamental. As mãos só fazem o que o cérebro manda. Mas um cérebro, sem mãos que operacionalizem o seu pensamento, não vale de muito.

A base mais sólida com que consideramos poder estabelecer uma ponte entre operacionais e assistentes técnicos e os respectivos líderes internos é uma ponte emocional, baseada na respeitabilidade que a cultura portuguesa, particularmente nas classes menos educadas, atribui aos corpos médicos especialistas. Estes corpos médicos representam o grosso das chefias na DGS.

Referimo-nos à reverência, ao respeito, e ao reconhecimento que culturalmente⁷, o povo português atribui aos médicos – reverência e respeito que qualquer médico poderá testemunhar, mas que foi também exemplarmente descrita por Fernando Namora e Ferreira de Castro nos seus livros. Essa respeitabilidade que os Médicos têm tradicionalmente é que poderá ser potenciada por forma a motivar e fazer

⁷ No que diz respeito à geração que tem hoje mais de 50 anos, do qual encontramos perfeita ilustração em “Retalhos da Vida de um Médico” de Fernando Namora

transcender as suas equipas. A Ponte não se faz pela Técnica ou pela Organização. A Técnica e a Organização cristalizam-se em tarefas repetitivas, rápida e eficientemente executadas, pelas mãos de operacionais e assistentes técnicos quando o progresso impõe cada vez mais tarefas de carácter qualitativo, onde são exigidas autonomia e discernimento. Faz-se pois pela cultura e pela respeitabilidade que inspiram os Médicos e a Instituição. Busca-se a confiança entre as equipas, e os seus líderes, pela via cultural. É sobre essa confiança que os líderes podem fundar estratégias e procedimentos, moldando as equipas segundo os seus objectivos, fazendo transcender as suas equipas muito para além daquilo que eles julgam ser capazes, ou daquilo que aprenderam e se habituaram a pensar que são capazes. Este caminho apresenta sem dúvida inúmeras dificuldades. Estamos convencidos, apesar disso, de que face à redução de efectivos, e consequentemente à necessidade de alargar o leque de tarefas de cada funcionário, este é o caminho sobre o qual se funda a inegável capacidade das lideranças internas.

Cultura de Excelência no Clube DGS

Deve reflectir a respeitabilidade dos médicos enquanto líderes e da Instituição enquanto salvadora de vidas dos povos (é disso que trata a instituição quando defende a saúde pública). É isso que liga emocional e culturalmente as equipas que vimos à Instituição DGS e aos seus líderes. E no entanto deve reflectir também a realidade, a tal divisão, o tal fosso interno que mencionámos – não há confiança que se funde a não ser sobre a Verdade que partilhamos uns com os outros. Deve ser pois dividida em dois espaços contíguos, que se auto-excluem, mas que ao mesmo tempo estão acessíveis. Que se contactam e tocam não com base das suas diferenças funcionais, pautadas por objectivos técnicos e tecnologia; mas por intermédio da cultura e da personalidade de cada um dos líderes, com vista à conquista de uma confiança reforçada, baseada em valores culturais.

O primeiro espaço (o refeitório do pessoal) existe já – um espaço onde apesar de tudo, e timidamente, ainda vemos os dirigentes. Mas necessitamos de um espaço que reflecta psicologicamente a divisão interna que existe em dois grandes blocos. Sem nos esquecermos de que as diferenças incidem sobretudo sobre um género (as mulheres) precisamos igualmente de proporcionar uma fronteira que os dois blocos que identificámos possam cruzar, e esperar que o tempo e a experiência quotidiana possam tornar essa fronteira num espaço de confiança mútua.

Maquete do Clube DGS

O espaço que ainda não existe, sobre o qual concentrámos a nossa criatividade, é um espaço que difunde tanto a respeitabilidade dos principais corpos de chefia (os médicos) como da própria instituição. Imaginámos esse espaço, dentro do espaço actual do Clube do DGS, ocupando 1/3 do espaço interior (representando os cerca de 1/3 de chefias), a partir do poente. Esse terço do espaço terá um desenho radicalmente diferente dos restantes. Assim, a nível estético traduzirá o ambiente de concentração, de dedicação, de conhecimento que tradicionalmente é atribuído aos médicos. Julgamos que esse ambiente poderá ser representado pela instalação de algum mobiliário que represente as antigas sociedades ou clubes de gentlemen ingleses. Poderá ter algumas estantes de livros, quadros de figuras médicas da instituição reconhecidas, candeeiros de leitura. Uma cadeira poltrona e sofás completarão o quadro. Finalmente a nível de iluminação, e se possível, a actual iluminação poderia ser substituída por candeeiros suspensos do tecto. O conceito do futuro e das novas tecnologias será traduzido através de uma televisão exactamente na zona de fronteira entre os dois espaços. Esta televisão passará exclusivamente conteúdos relacionados com os projectos e iniciativas da instituição, através da sua integração num sistema de vídeo interno. Assim, para visualizar essa informação respeitante à dinâmica interna da instituição, terá de se habitar essa fronteira invisível entre os dois mundos; que é o que se pretende, que os dois mundos se aproximem culturalmente.



Figura 1 – Maquete do Clube DGS

A antiguidade e prestígio poderão ser divulgados não só através do circuito interno de televisão (onde por exemplo poderemos reproduzir reportagens da RTP sobre intervenções passadas da DGS) mas também através de fotografias.

O espaço pode ser utilizado para receber informalmente outros líderes ou parceiros estratégicos da DGS sem o peso e a objectividade de uma sala de reuniões. Tal traduzirá não apenas respeitabilidade pela acção e intervenção dos líderes internos perante as suas equipas mas também uma forma diferentes de apresentar ideias, também ao público externo. A luz é abundante na zona poente, pelo que se poderá facilmente proceder de um modo regular à captação de imagem e som.

Também poderá ser utilizado para difundir comunicados internos de âmbito geral, ou simplesmente para promover um espaço de discussão geral de ideias, e promoção de projectos de carácter inter-divisional.

1.4 Papel da Internet e Novos Media neste novo Espaço

A Internet e os novos *media*, para além de proporcionarem uma forma rápida e económica de comunicar (como nunca houve na história), o que aumentou em muito os fluxos de informação, trouxe uma horizontalização da sociedade nos seus estratos sociais. Isso é verificável na permeabilidade que existe entre leques de amigos em redes sociais, como o facebook, ou o twitter. Este é o panorama actual, vejamos como o aparecimento do Google +, com a sua agregação por círculos de amigos, trabalho, etc. modificará esta tendência. No entanto, dado que é com o intuito de esbater fronteiras internas por um lado, e de difundir uma mensagem mais actual de inovação, informalidade e conhecimento para o exterior (através do convite a personalidades e parceiros para possíveis intervenções), as novas tecnologias podem ter aqui um papel importantíssimo. Por ser uma matéria eminentemente social, consideramos que seria útil criar duas plataformas de redes sociais.

A primeira, relativa ao público interno, veicularia temas e conteúdos de carácter e interesse interno. Nomeadamente, oportunidades de colaboração em projectos interdivisionais. Notícias relativas a evolução e progressão na carreira. Matérias de carácter médico especialmente direccionadas a mulheres de mais de 50 anos, reflectindo a utilidade da instituição, não só a nível externo, mas também ao nível das necessidades particulares dos seus funcionários. Breves notícias sobre a actividade das divisões assim como a evolução das mesmas. Finalmente, um ponto de conhecimento mais profundo entre todos, através da partilha de fotos, etc.

Relativamente ao público externo, consideramos, pelas razões que vimos no início desta exposição, que o público prioritário da DGS são outros líderes de Unidades de Saúde (Centros de Saúde e Hospitais) pois são estes que, face às próprias atribuições internas e responsabilidades como vimos no caso do Hospital de Sta. Maria, que promovem a cultura de excelência que a DGS subscreve, pormenorizadamente, em NOI. Por essa mesma razão, e se atribuirmos ao palco das salas de reuniões o papel de operacionalizar medidas e estratégias entre parceiros, o Clube DGS poderia servir para conversas de carácter exploratório, sobre dificuldades de implementação de NOI, mas também de outro tipo de projectos e parcerias entre a DGS e o S.N.S. que um ambiente informal, mas simultaneamente inspirador, pudesse suscitar e despertar. O papel que as

novas tecnologias teriam nesse caso seria o de promover essas mesmas conversas, intervenções, discussões – com a certeza de que uma cultura de excelência passa pela partilha do conhecimento. Este tipo de aproximação social, inspirado nos antigos clubes de Gentlemen, pode ser reforçado pela constituição de plataforma social *online* segura, que inclua funcionalidades como fórum, disponível apenas para aquilo que definiríamos como os sócios honorários do clube. Outros líderes, dentro do sistema nacional de saúde, capazes de influenciar e promover decisivamente a implantação e eficácia dos indicadores de qualidade tais como definidos no QUAR 2010. O objectivo desta plataforma de líderes *online*, cuja representação física seria o clube DGS, permitiria a partilha e esclarecimento e o compromisso entre os decisores no S.N.S.

Conclusão

A adopção desta proposta traz como principais benefícios à Direcção Geral de Saúde a melhoria da capacidade de operacionalização interna, além do fomento de uma cultura interna baseada na excelência e no respeito pelos líderes – esse respeito pelos líderes é fundamental no exercício das suas funções de liderança pelas razões e evidências científicas que apresentámos em páginas recentes. Por outro lado, do ponto de vista externo, permite uma aproximação aos decisores externos do Serviço Nacional de Saúde – permitindo por outro lado a difusão da respeitabilidade própria de Grandes Líderes por intermédio das novas tecnologias por todo o sistema de saúde – uma vez que é pelos líderes que se funda uma rota de excelência no Serviço Nacional de Saúde.

Para a Universidade Católica, tal adopção significaria a possibilidade da criação de um meio ambiente propício ao desenvolvimento dos valores éticos e humanistas que pautam esta instituição e que ele procura incutir nos seus alunos, e por intermédio destes, no tecido económico-social-empresarial. Não por intervenção institucional – tal seria absurdo – mas porque tal confluência social de líderes permite um entendimento – um dos maiores valores éticos a que podemos aspirar.

Para o Mestrando, nós próprios, significaria a encantadora possibilidade de prestar um bom serviço à Direcção Geral de Saúde, aos dez milhões de portugueses que ela serve, à Universidade Católica, num projecto extremamente inovador de conteúdos multimedia e de engenharia social.

Cartão / Boletim para a Protecção Especial de Pessoas com Doenças Raras

Convidado pelo Exmo. Sr. Dr. Fernando Guerra para emitir uma opinião/recomendação sobre o modo de produção e estratégia do Cartão/Boletim para a Protecção Especial de Pessoas com Doenças Raras, numa reunião em que pude analisar o dossier do projecto, já em estado bastante avançado, não pude deixar de concluir sobre o mesmo que os objectivos se encontravam mal definidos, e que a Estratégia de Comunicação se fundamentava sobre alguns pressupostos menos correctos.

Recomendei a revisão da Estratégia de Implementação do Cartão/Boletim para a Protecção Especial dos Portadores de Doenças Raras, o que resultaria numa poupança significativa nos custos de impressão do mesmo, assim como garantias de uma maior receptividade por parte dos reais destinatários: os corpos de emergência médica. A estratégia que propusemos recomendava a redução do número de páginas, maior critério e economia nos conteúdos, a focalização no contexto de Emergência Médica em que o Cartão/Boletim seria utilizado.

Um dos objetivos primordiais do Governo para a presente legislatura é garantir, a médio prazo, a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS), assegurando a qualidade e o acesso efectivo dos cidadãos aos cuidados de saúde. Parece-nos importante contemplar por instantes o Universo das Doenças Raras em Portugal. O Acesso Efectivo de uma parte substancial da População Portuguesa parece-nos comprometido, de forma grave.

Quando se dirigem a um serviço de urgência, os portadores de doenças raras⁸ deparam-se com sérias dificuldades, pois, na maioria das vezes, o médico de urgência não tem conhecimentos suficientes sobre a doença e, como tal, não sabe que medicação pode ou não administrar ao doente. Muitas vezes, o próprio doente não consegue explicar correctamente qual a doença de que é portador, e menos ainda, a medicação habitual. Estas situações são bastante comuns, inclusivamente, para os pais de portadores de doença rara mais jovens, que, na aflição de ver o filho doente, confundem a terminologia da medicação.

⁸Entre 6 a 8% da População, segundo estimativas da União Europeia. De 600.000 a 800.000 pessoas.

Pequeno Enquadramento Histórico

As doenças raras afectam entre 27 milhões e 36 milhões de pessoas na União Europeia (Scientific Secretariat of the European Union Committee of Experts on Rare Diseases 2011). Tal facto constitui por si só, um dos factores mais importantes. No seu conjunto, as doenças raras têm um impacto significativo sobre a população europeia. No seu conjunto, as doenças raras têm um impacto significativo sobre a população portuguesa. Entre 600.000 e 800.000 pessoas. Mas é o conjunto dessas doenças raras que acaba por ter impacto, e não uma doença rara tomada no seu particular. Na verdade, estimam-se entre 5.000 e 8.000 doenças raras distintas existentes.

A definição de Doenças Raras apareceu primeiro no decreto Lei do Parlamento Europeu N°141/2000 estabelecendo uma prevalência inferior a 5 doentes em cada dez mil habitantes. A maior parte das doenças raras é ainda menos prevalente (1 doente em cada 100.000 habitantes). Ou seja, cada doença, tomada isoladamente, tem uma prevalência mínima no total do universo da saúde, o que leva naturalmente ao desinteresse da Indústria Farmacêutica, ou ao simples desconhecimento por parte da Comunidade Médica. A primeira lei elaborada especificamente tendo em conta as doenças raras surgiu precisamente na óptica dos medicamentos; num reconhecimento da necessidade de oferecer incentivos à produção e ao estudo de medicamentos e terapias para as doenças raras, uma vez que sob as leis do mercado, a indústria farmacêutica simplesmente desinteressar-se-ia. Foi em 1983 que os Estados Unidos lançaram o “Orphan Drug Act”, depois de um intenso esforço de *lobbying* por parte da National Organization for Rare Disorders (wikipedia, sem data). Esta Lei estabeleceu compensações, nomeadamente a nível fiscal, de marketing ou períodos de exclusividade alargados na comercialização de produtos destinados ao tratamento de doenças raras. A natureza comercial da doença rara é bem expressa na palavra “Orfão”. Medicamento “Orfão” no sentido em que, existindo as condições para o seu desenvolvimento e produção, não encontra Mãe nem Pai – potenciais interessados no seu desenvolvimento. Em Inglês Americano, as doenças raras são tratadas igualmente como “Orphan diseases”. Em 2002 o Presidente George Bush aprovaria o Office for Rare Diseases, que estabelece definitivamente o “Orphan Drug Act” de 1983 para lei, aumentando o financiamento para a pesquisa de medicamentos, terapias e práticas em matéria de

doenças raras.

Na Europa, os primeiros países a abordar o tema construtivamente foram respectivamente a Suécia e a Dinamarca, no princípio dos anos 90 com o lançamento de centros de pesquisa. Era um tempo de conceptualização e estudo sobre doenças até aí ignoradas, ou simplesmente esquecidas. Finalmente em 1999 a União Europeia aprova a elaboração de um Programa Comunitário para os Medicamentos Órfãos (Decreto nº N°141/2000 do Parlamento Europeu), à semelhança do que havia acontecido 20 anos antes no Estados Unidos. Entre os diversos mecanismos criados na sequência deste programa comunitário, destacamos o Orphanet, inicialmente lançado em França em 1997, de forma experimental e que depois se estendeu a outros países a partir do início do século. A partir do ano 2000 é lançada a Orphanet Europe e vários países aderem. A França efectivamente deve ser destacada pelo seu pioneirismo nesta área, sendo o primeiro país, em 2004, a lançar um Programa Nacional para as Doenças Raras sob o lema “Garantir a equidade de acesso ao diagnóstico e ao tratamento”. Por outro lado, possui Centros de Referenciação de Doenças no Terreno em estado bastante desenvolvido. A nível europeu a construção de infra-estruturas dedicadas dá-se a partir de 2006. Em 2008 a Política Comunitária está perfeitamente definida. E em 2010, muitos países se encontram já em condições de implementar o seu próprio Programa Nacional. Entre os quais Portugal.

Para finalizar, gostaríamos de referir que as Doenças Raras são actualmente uma prioridade no EU Framework Programmes for Research and Technological Development (Report on the State of The Art of Rare Disease Activities, 2011, pág.33), e que são referenciadas, face à escassez de informação do assunto, como um sector onde a União Europeia se poderá afirmar face aos seus Parceiros Mundiais. Um território francamente selvagem, onde portugueses e europeus poderão sem dúvida prestar importante contributo como pioneiros, num universo de particularismos (entre 5.000 a 8.000 doenças raras) que no seu conjunto assume uma dimensão verdadeiramente global, devendo ser encarado como um factor de vantagem competitiva europeia no domínio da saúde.

O Programa Nacional de Doenças Raras (2008)

O Programa Nacional de Doenças Raras tem dois objectivos principais:

1. Criar e Implementar Medidas no âmbito do Programa Nacional de Doenças Raras no sentido de proporcionar cuidados médicos e tratamentos prolongados aos portadores de doenças raras e suas famílias.
2. Aumentar a qualidade e equidade das medidas de cuidados de saúde actualmente prestados a Portadores de Doenças Raras.

Para conseguir estes objectivos o Programa Nacional de Doenças Raras propõe especificamente:

1. Criar Centros de Referenciação para Doenças Raras
2. Melhorar o Acesso de Pessoas com Doenças Raras a Cuidados Adequados
3. Aumentar o Conhecimento Disponível sobre Doenças Raras
4. Promover Inovações no Cuidado de Pessoas com Doenças Raras e a acessibilidade a medicamentos órfãos.
5. Assegurar a cooperação nacional e internacional, incluindo a Comunidade Europeia e os Países de Língua Oficial Portuguesa.

O Programa Nacional de Doenças Raras inclui um total de 30 estratégias de intervenção, 9 estratégias de educação e de treino, 8 estratégias para a Recolha de Informação e Análise de Dados. O Plano também detalha 15 acções para avaliação.

A Criação do Cartão/Boletim de Portador de Doenças Raras

A Criação do Cartão/Boletim de Portador de Doenças Raras é uma medida específica, aprovado por despacho pela ex-ministra Ana Jorge no dia 5 de Janeiro de 2011. Finalmente o Director do Departamento de Qualidade Exmo. Sr. Dr. José Alexandre Diniz, no dia 1 de Fevereiro de 2011 estabeleceu os seguintes objectivos para dar seguimento ao despacho da ministra:

1. Elaborar Conteúdo, estrutura do cartão, tendo em conta a sua futura evolução para cartão informático c/ conexão às bases de dados do Ministério da Saúde.
2. Elencar as doenças raras a cujos portadores o cartão se destina.
3. Identificar os Centros de Tratamento e de Referência Nacionais para onde os doentes serão referenciados, prioritariamente.
4. Elaborar projecto de despacho do Ministério da Saúde que excepcione, pela prioridade de referência, os portadores deste cartão.

O que está de acordo com o Projecto de Resolução nº409/X/4º que recomenda especificamente ao Governo que:

2. No âmbito da informatização dos serviços de saúde, todas as unidades de saúde deverão estar munidas dos meios necessários para a leitura destes cartões.
3. Deverá ser ouvida previamente a Comissão Nacional da Protecção de Dados.

Contudo, tal informatização não é possível actualmente. Este facto é corroborado pela própria DGS, numa proposta elaborada pela Comissão de Implementação do Programa Nacional para as Doenças Raras, propondo em alternativa, um cartão produzido em papel.

Pedido de Apreciação ao Projecto Cartão/Boletim de Portador de Doença Rara solicitado pelo Dr. Fernando Guerra

Como Mestrando da Universidade Católica em Ciências da Comunicação, realizando o relatório final de estágio foi-me solicitado pelo Exmo. Sr. Dr. Fernando Guerra que desse a minha opinião sobre o estado actual do processo, e adequação dos objectivos da Campanha aos conteúdos já existentes e maquetizados (desde 6 de Junho de 2011) em relação aos conteúdos que devem constar do mesmo. Os objectivos traçados são os seguintes:

- 1. Assegurar que nas situações de urgência/emergência, os diferentes profissionais tenham acesso a informação relevante do doente raro e da especificidade da sua situação clínica e a informação adequada para o melhor encaminhamento do doente.**
- 2. Melhorar a Continuidade de Cuidados, assegurando que a informação clínica relevante do cidadão portador de doença rara está na sua posse, num formacto acessível, e que o acompanha nos diferentes níveis de cuidados.**
- 3. Melhorar a gestão integrada da doença, tornando acessível aos prestadores de cuidados nos diferentes contextos, os dados clínicos do doente, evitando o erro e as intervenções nefastas e possibilitando o contacto com o médico responsável.**
- 4. Facilitar o encaminhamento apropriado para a instituição que assegura efectivamente os cuidados ao doente**
- 5. Personalizar a informação do doente raro, pela possibilidade do doente transportar os seus dados clínicos relevantes, incluindo recomendações clínicas nas situações de urgência e emergência.**

O objectivo “2” era radicalmente diferente dos restantes, em termos dos contextos enunciados; **Enquanto o primeiro objectivo, o terceiro, o quarto e o quinto se referem explicitamente a situações de emergência:** “1. Assegurar que nas situações de urgência/emergência(...)3. (...) evitando o erro e as intervenções nefastas e possibilitando o contacto com o Médico Responsável. 4. Facilitar o encaminhamento apropriado (...) 5. (...) incluindo recomendações clínicas nas situações de urgência e

emergência.” O Objectivo 2 enuncia um contexto de **não emergência**, “(Melhorar a Continuidade de Cuidados(...))”.

No nosso entender seria irrealista pretender incluir numa peça de comunicação simultaneamente contextos de emergência e de não emergência. Se a peça de comunicação se destina a situações de emergência terá necessariamente de ser redigida e concebida tendo em conta esse contexto. Um contexto de aflição, de stress, de necessidade de identificação, leitura e apreensão rápida da informação com vista a um atendimento rápido e possivelmente ao salvar de vidas. O texto da peça não pode ser redigido, por exemplo, num tamanho de letra demasiado pequeno, o que iria dificultar a sua leitura. Os destinatários numa peça de comunicação destinada a contextos de emergência são médicos, enfermeiros, paramédicos, bombeiros, etc.

Se por outro lado se trata de Cuidados Continuados, a peça deverá assumir um género completamente diferente, sendo que os destinatários são essencialmente o portador de Doença Rara, e o seu Médico Assistente, que conhece o seu caso. Nesse caso, a peça deveria permitir o registo da evolução da Doença, etc.

Numa peça de comunicação, nas mais simples peças de comunicação, como a nossa linguagem ou gestos, temos de os adequar ao contexto. Imaginando por exemplo que nos encontramos numa recepção protocolar ministerial faz sentido o uso de um fato e gravata, sendo indesejável o uso de calças de ganga. Da mesma forma o uso de fato é indesejável num ambiente informal. Tal facto se deve certamente às regras de boas maneiras, mas principalmente porque a nossa indumentária comunica uma mensagem, e essa mensagem deverá adequar-se ao contexto sob o risco de sermos mal interpretados. Num país onde se fala português, não devemos tentar exprimir-nos em russo ou chinês – a probabilidade de sermos compreendidos reduz-se substancialmente. Da mesma forma, colocar um profissional de emergência médica, numa situação de stress, em que ele necessita de pensar e agir rapidamente para salvar vidas, a tentar distinguir entre muita informação qual é a informação de que ele necessita para socorrer o portador de Doença Rara não nos parece correcto; parece-nos até perigoso.

Apesar da confusão que suscita o objectivo 2, julgamos que a generalidade dos

objectivos está bem definida em torno do contexto de emergência médica. Como tal, toda a informação que diz respeito aos cuidados continuados deve em nosso entender ser subtraída, ou seja, só a informação imprescindível ao profissional de emergência médica deve estar presente no cartão.

Razões de Racionalidade Económica

Abandonada a ideia de um cartão com *chip* electrónico “por tal não ser possível actualmente” as razões de economia e racionalidade económica numa peça em papel prendem-se com os seguintes factores⁹:

1. Tipo de Papel (texturado, não texturado, cartão, cartolina, etc.)
2. Gramagem do Papel (80 grs, 100grs, 120 grs., etc.)
3. Número de Cores Utilizadas (1,2,3 ou 4 cores)
4. Número de Páginas
5. Dobragens
6. Costuras / Colagens
7. Acabamentos (Impermeabilizações, plastificações, vernizes, etc.)
8. A Gráfica ou Tipografia a quem é encomendado o serviço
9. Peso da Peça Final (custos de envio)

⁹Ignoramos nestes factores a mão de obra a nível de design, que é proporcionada pelo Departamento respectivo na Imprensa Nacional Casa da Moeda

Redefinição de Objectivos e consequentemente Redução do Número de Páginas.

Uma vez reformulado o objectivo 2, como descontextualizado dos objectivos gerais do Novo Cartão de Portador de Doença Rara, muitos conteúdos serão desnecessários; ou seja, todos aqueles que se refiram à prestação de cuidados continuados e de informação que portanto o doente poderá consultar por outros meios (como por exemplo no portal Orphanet, já traduzido em português) ou mesmo pessoalmente através do seu médico, instituição, ou associação. A criar-se um cartão com o propósito de registo da actividade do doente, ele deverá respeitar, a nosso ver, o seu contexto e aplicabilidade. É portanto, outro projecto, distinto deste, que se destina a contextos de emergência médica.

Reduzindo o número de páginas, reduzem-se em proporção igual inúmeras tarefas tipográficas que aumentam exponencialmente os custos, como por exemplo as dobragens, as costuras, acabamentos e o peso da peça final (que se reflecte nos custos de envio). Os custos associados à peça reduzem-se proporcionalmente.

Deve-se portanto manter as seguintes orientações e conteúdos*¹⁰:

1. Carácter de Atendimento Prioritário em Caso de Urgência
2. Definir como Destinatários do Cartão DR não o próprio doente ou família, mas os corpos de emergência médica, como INEM, Bombeiros, Enfermeiros, Serviços Administrativos de Hospitais, Médicos
3. Nome e/ou Designação da Doença*
4. Dados Relativos ao Doente (inclui fotografia e assinatura)*
5. Sintomas Habituais e/ou possíveis em caso de Urgência
6. Recomendações Gerais em caso de Urgência*
7. Indicação dos Familiares a contactar em caso de urgência (telemóveis)
8. Medicação que faz*
9. Com a designação exacta sob a forma de vinheta¹¹, cada página devendo conter não mais que duas vinhetas.

¹⁰ * Tal como constante no Ofício 16002 de 3 de Dezembro de 2010, página 2, “Cartão para Protecção Especial dos Portadores de Doenças Raras”

¹¹ Caso a legislação o permita.

10. Ou possíveis substitutos da medicação em caso de extrema urgência, incluindo formas de obter esses medicamentos rapidamente, e em qualquer circunstância.
11. Na impossibilidade das vinhetas autocolantes, criando uma grelha para preenchimento em letras capitais.
12. Contacto do Médico Cuidador/Equipa Médica para situação de urgência e/ou emergência e respectivos contactos pessoais. Indicação do Médico que passou o Cartão DR e o seu contacto pessoal.*
13. Poderão ser anexados ao cartão DR elementos complementares como notas de alta hospitalar ou resultados de exames se forem importantes para a compreensão da Doença Rara*
14. Carácter de Confidencialidade do Cartão DR*
15. O Cartão a entregar deve ser preenchido com uma ficha de inscrição onde constarão os dados de contacto do portador DR para tratamento informático e inserção numa base de dados.
16. Indicações constantes para preenchimento em Letra de Imprensa.
17. O Cartão deve ser feito em papel/cartolina, mas deve conter um invólucro de plástico, na medida exacta do cartão, uma bolsa impressa para salvaguardar as informações em caso de acidente onde se derramem líquidos, sangue, etc. que impossibilitem a sua leitura. Esse invólucro, ou bolsa, deve ser fosco não possibilitando a visualização do cartão DR, mas remetendo através de dizeres impressos no rosto para o carácter de atendimento prioritário em caso de urgência, seguindo os modelos internacionais ou aplicáveis ao caso português.

Devem-se eliminar, por desnecessários num contexto de emergência:

1. Características Tecnológicas do Cartão
2. Todos os contactos que não sejam telefónicos, excepto a morada do doente
3. Data de Entrega do Cartão pelo Médico
4. A possibilidade do cartão ser passado por entidades gerais (Como Centros de Referência, Serviços Clínicos de Hospitais Centrais e outros, sem a indicação expressa de um médico a contactar em caso de urgência).
5. Letra Pequena e de Difícil Leitura
6. Tradução em Francês (deve-se eliminar, a não ser por questões de cortesia pela

disponibilidade dos colegas da Maladies Rares)

7. Regras de Ouro
8. Causa
9. Sinais e Conselhos a ter em conta
10. Informações de Associações de Doentes
11. A Ideia que o Cartão DR deverá funcionar como Guia do Doente, nos seus Cuidados Continuados.

Sugestões Finais de Elaboração

Deverá ser ouvida a Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Deverão ser consultadas as Associações de Doentes de cada Doença Rara no sentido de perceber possíveis contextos de emergência, de forma que os conteúdos traduzam o mais fielmente possível uma situação de emergência

Deverão ser contactados os corpos de emergência médica, como INEM, Enfermeiros, Bombeiros, no sentido de perceber quais são os procedimentos comuns em caso de emergência e de como poderemos desenhar o cartão da forma mais intuitiva para estes destinatários.

Era nossa opinião que, seguindo estas recomendações, fariamos o melhor cartão possível, com o mínimo de recursos possíveis, nomeadamente focalizando os objectivos no contexto de emergência, o que traduziria uma economia de conteúdos e de custos relacionados com a impressão. Por outro lado, a adequação dos objectivos permitiria que os profissionais de emergência médica pudessem ter neste cartão uma ferramenta providencial no salvamento de uma vida portadora de Doença Rara.

A reunião seguinte com o Dr. Fernando Guerra centrou-se bastante em aspectos da Forma que iria ter o novo Cartão de Portador de Doenças Raras:

1. Se do tamanho de um cartão Multibanco
2. Se do tamanho dum Boletim de Vacinas
3. Se dum tamanho personalizado.

Concluiu-se que o tamanho de um Boletim de Vacinas não era adequado.

- Porque era demasiado grande para estar na carteira
- Porque o contexto do Cartão seria maioritariamente de emergência, e convinha que o cartão pudesse estar na carteira
- Porque não era objectivo do Cartão um Preenchimento exaustivo e frequente por parte do P.D.R.

- Porque sendo a Doença Rara uma situação que exige algum cuidado e discrição, o cartão necessitava de estar na carteira de tal forma que passasse despercebido com a restante documentação; mas que se distinguísse, quando os corpos de emergência médica revistassem a carteira numa situação de necessidade.

Estabeleceu-se que as Medidas Ideais do Cartão seriam as seguintes:

- ***10,5cm e altura***
- ***7,5 cm de largura***

As novas dimensões, que permitem a inclusão discreta na secção/dobra de notas de uma carteira vulgar, sugerem também que a forma ideal de preenchimento e de inclusão dos respectivos campos para preenchimento é efectivamente horizontal, ou “landscape” como é habitualmente referida nos meios informáticos.

O método de costura exige, para a Imprensa Nacional Casa da Moeda, um mínimo de 30 páginas. 30 Páginas num contexto de emergência é excessivo e não é racionalmente económico. O método de encadernação terá de ser necessariamente diferente numa situação de 8/10 páginas o que terá de ser averiguado junto das empresas de Tipografia, sem perder a qualidade obviamente.

Foi colocada a hipótese de encontrar um designer para o desenho final do cartão; Sugeri que com a racionalização de custos derivada da redução do número de páginas seria possível alocar determinada parte do orçamento previsto (cerca de 75.000 euros) para a contratação de um Designer. A Gulbenkian tem tradicionalmente bons designers a trabalhar nos seus cartazes de concertos, exposições, etc. Lançou-se a ideia de solicitar à Gulbenkian o apoio também na parte do design ou mesmo de fazer uma auscultação de mercado.

Com a poupança nas dimensões do caderno (mais curto) e no número de páginas (cerca de 1/3 do tamanho original), sugeri que se utilizasse um verniz especial de fluorescência no escuro (à luz normal não se verifica qualquer fluorescência), que permitiria uma localização mais rápida em situações de falta de luminosidade e de

emergência.

Sugeri que a nível de design, as formas, cores e equilíbrios utilizados teriam de , pelo seu desenho, configurar uma situação de emergência, para que assim possam ser identificados pelos corpos de emergência médica em caso de necessidade.

CONTEÚDO

Teor da Informação

O Dr. Fernando Guerra apresentou-me um modelo alternativo de cartão, com a dimensão de um cartão multibanco. Na frente constava a identificação do Portador de Doenças Raras. No verso, algumas linhas (poucas) recomendando o tipo de cuidados *pré-hospitalares a ter com o portador de doenças raras*.

- informação pareceu-me insuficiente, pelo que se a maquete anterior pecava por excesso, esta peca por defeito. Para além disso, um cartão tipo multibanco é pequeno demais para que se possa ter nele toda a informação necessária num caso de emergência. Por outro lado, o corpo de letra seria demasiado pequeno, o que dificultaria a sua leitura. A superfície plástica de um cartão tipo multibanco não é de todo a ideal para a impressão, pelos seus brilhos, etc.
- Concordámos, o Dr. Fernando Guerra e eu, no critério necessário nas palavras empregues na redacção de textos destinados a um contexto médico. Por exemplo, em “pré-hospitalares”, a palavra parece não abranger todas as possibilidades de emergência num portador de Doenças Raras.
- O Cuidado com as Palavras, num contexto médico, é fundamental, nomeadamente porque estamos a lidar com sentimentos, dramas de pessoas. Assim, é preferível a utilização da expressão “Cuidados Médicos” a “Tratamento Médico”.

Qualidade da Informação

Tendo como principais destinatários, num contexto real, os corpos de emergência médica sugeri:

- Que se organizasse a informação por blocos; uma vez que a qualidade da informação presente no Cartão Nacional de Portugal passa pela sua organização, critério e prioridade.
- Passa por um refinamento sucessivo das palavras presentes no mesmo, com o apoio de especialistas e profissionais médicos, a existência de blocos permitirá manter sempre a estrutura de conteúdo intacta – mesmo que as palavras eventualmente mudem.
- Uma vez abandonada a ideia de um Cartão que sirva como Guia e Norma de Boas Práticas¹², os blocos possíveis de conteúdo são os seguintes¹³, sem prejuízo da possibilidade de se acrescentar blocos ou eliminar outros, e de alterar a designação de cada um dos blocos:
 - Nome e/ou Designação da Doença*
 - Informação Pessoal (inclui fotografia e assinatura)*
 - Cuidados Pré-Hospitalares de Emergência
 - *Indicação dos Familiares a contactar em caso de urgência (telemóveis)*
 - Contacto do Médico Cuidador/Equipa Médica para situação de urgência e/ou emergência e respectivos *contactos pessoais*. Indicação do Médico que passou o Cartão DR e o seu contacto pessoal.
 - Medicação que faz
 - Fontes Adicionais de Informação (web site orphanet)
 - Notas Adicionais

¹²Para esse efeito o Portador de Doenças Raras, ou outros destinatários, poderão consultar o portal Orphanet, nomeadamente, que apresenta informação exaustiva sobre cada doença, inclusivé sobre procedimentos de emergência.

¹³Os títulos de cada bloco de conteúdo ou cabeçalho poderão ser refinados, no sentido de melhorar a legibilidade, eficiência e intuitividade de leitura. O mesmo diz respeito à sua organização e prioridades de leitura.

Tornar a informação o mais relevante possível para os serviços de emergência médica é pois o grande desafio presente neste projecto do Cartão Nacional do Portador de Doenças Raras.

Principais Problemas Identificados ao Longo de Duas Semanas na Produção de um Cartão de Emergência Médica para Portadores de Doenças Raras.

1. Impossibilidade de abranger todo o Universo de Doenças Raras por uma questão de tempo / trabalho / custo, pelo que se optou pelas principais doenças raras, segundo o princípio da prevalência. Este método elimina milhares e milhares de doenças raras do processo de identificação. O princípio de prevalência retira a dimensão política, social, e económica das Doenças Raras – É o conjunto das Doenças Raras, e não uma Doença Particular que primeiro definiu a sua importância política.
 2. Não é possível de momento a emissão de um cartão informático, pelo que se opta por um modelo em papel (condicionante de formato)
 3. Dificuldade em eleger as prioridades de emergência de cada uma das doenças, face à complexidade de cada doença, mas também devido à abundância de informação a este respeito (nomeadamente no portal orphanet). É irrealista pretender que os profissionais de emergência médica leiam muita informação nos cuidados pré-hospitalares; pelo que a informação deve ser criteriosamente seleccionada para cada doença.
 4. Necessidade de conter custos por directiva do Ministério.
 5. Necessidade de legibilidade rápida por parte dos profissionais de emergência médica.
 6. Necessidade de Resistência do Cartão
 7. Necessidade de Portabilidade do Cartão
 8. Necessidade de uma Presença constante do Cartão com a Pessoa
 9. Orientação do Director do Departamento de Qualidade Sr. Dr. José Alexandre Diniz, sobre modos de procedimento relativamente a este cartão:
-
1. O Cartão deve ter uma estrutura de Conteúdos extrapoláveis para futuras

aplicações informáticas no âmbito do Ministério da Saúde

2. Identificar os Centros de Tratamento e de Referência Nacionais para onde os doentes serão referenciados, prioritariamente.
3. Elaborar projecto de despacho do Ministério da Saúde que excepcione, pela prioridade de referência, os portadores deste cartão.
10. Necessidade de registo dos pacientes com doenças raras, como única forma de melhoria contínua da qualidade na Saúde para os Portadores de Doenças Raras.
11. O S.N.S. está concebido em torno das doenças comuns, e normalmente não são flexíveis o suficiente para tomar em consideração necessidades médicas especiais.

Resolução do Problema

1. Para descrever procedimentos médicos de emergência relativos a 8.000 doenças raras, que se estimam que existam (e apesar de muitos desses procedimentos serem comuns entre várias doenças) não é realista uma impressão em massa. Muitas doenças raras estimam apenas 100, 50, mesmo apenas 20 ou 30 pessoas. O sistema de impressão em massa (recorrendo a tipografias) tem por base a expectativa de uma massa – a impressão em quantidade. Necessitamos, pois, de um sistema de pré-impressão, à medida, por solicitação.
2. Não é possível de momento a emissão de um cartão informático. No problema da emissão de um cartão informático está principalmente a estrutura de leitura de dados desse cartão (semelhante porventura aos terminais multibanco), e não o chip em si. Apesar disso, estruturas de leitura de código de barras,

Prevalência; uma forma de eficiência

O conceito de prevalência está certamente ligado aos conceitos de eficiência. A Eficiência Industrial, segundo o modelo que se institucionalizou durante o século XX, passa por um aproveitamento óptimo dos recursos existentes numa organização. Se os recursos são finitos, necessitam de ser atribuídos tendo em conta o máximo retorno no investimento. Numa indústria, significa produzir e vender mais barato, nomeadamente através da divisão de tarefas e da especialização de funções. Na saúde, cujos ministérios possuem a lógica dessa organização industrial (em departamentos e divisões), significa atribuir os recursos disponíveis com vista ao maior impacto possível no que à saúde pública diz respeito.

Uma doença é, pois, tanto mais importante, quanto maior for o número de casos existentes num determinado momento. As políticas de saúde pública são guiadas por razões de prevalência de uma doença. Mas não só as políticas. O comércio (as indústrias farmacêuticas, indústrias de seguros médicos, etc.) procuram situar-se no horizonte da prevalência. Os milhões de euros gastos em pesquisa necessitam de mercados, que possam devolver os investimentos sob a forma de lucro.

Doenças Raras

A primeira luta das Doenças Raras é em relação ao conceito de prevalência. No domínio da prevalência, doenças como a síndrome de Prader Willi (1070 casos por 100.000 habitantes) ou a doença de Fabry (175 casos por 100.000 habitantes) não têm, pelo critério da prevalência e da eficiência na atribuição de tempo/recursos, prioridade em relação a doenças como a diabetes ou cancro ou a sida. E que dizer por exemplo da síndrome de Pitt-Hopkins, tão rara que existem apenas cerca de 150 casos em todo o mundo?

Doenças Raras no seu Conjunto e o Cartão de Identificação do Portador de Doenças Raras

Não é possível elencar as 5.000 a 8.000 doenças raras que existem, em papel sob a forma de identificação (seja, ou não, para situações de emergência). O que quer dizer que, sob a orientação do actual modelo, preferiram-se as 21 doenças com maior prevalência no âmbito das doenças raras¹⁴. As doenças raras que o Cartão de Identificação de Portador de Doença Rara actualmente contempla (no imediato, ou num horizonte próximo) são as seguintes:

1. Porfíria Agudas Hepáticas
2. Angioedema hereditário
3. Doença de Fabry
4. Patologias plaquetárias hereditárias
5. Distrofia miotónica de Steinert
6. Esclerose lateral amiotrófica
7. Osteogénese imperfecta
8. Immunodeficiências primárias
9. Síndrome de Prader-Willi
10. Doença de von Willebrand
11. Fibrose quística
12. Miastenia
13. Síndrome de Marfan
14. Hemofilia
15. Depanocitose
16. Talassémias

¹⁴Proposta para a Implementação de um Documento para a Protecção Especial a Pessoa com Doença Rara, pág.7

17. Síndrome de Ehlers-Danlos Vascular (tipo iv)
18. Narcolepsia
19. Doenças Neuromusculares
20. Espinha bífida
21. Défice e Glucose-6-Fosfato Desidrogenase

Quer isto dizer, que a mesma óptica que coloca as Doenças Raras (nos seus casos particulares) fora da órbita da indústria farmacêutica, e mesmo das políticas de Saúde a nível nacional, europeu, e mundial – a Prevalência de uma Doença, e portanto o seu impacto público – foi a mesma que presidiu ao critério de atribuição dos cartões.

A prevalência das Doenças Raras é tão diminuta que só podemos aspirar a uma melhoria da qualidade neste domínio, sendo realistas, se tomarmos as Doenças Raras no seu conjunto; Lembremos que foi o conjunto das doenças raras, e não uma doença em particular, que mereceu estatuto de prioridade no Programa Europeu de Saúde até 2013. A prevalência das doenças raras só se obtém no seu conjunto, nunca no seu particular. Conjunto que estima mais de 27 milhões de pessoas na União Europeia. Toda a legislação (mundial, europeia, nacional) prevê a universalidade e equidade no acesso à saúde.

Finalmente, se seguirmos o modelo de organização, gestão e critério inspirado no conceito de prevalência, como iremos dizer à Matilde, ou ao pai da Matilde, que é portadora do síndrome de Pitt-Hopkins, cuja prevalência é de cerca de 1/1.000.000.000 que ela não poderá ter um cartão de identificação, ou de emergência, ou qualquer outra medida atribuída ao seu caso particular? Iremos dizer que não justifica o investimento? Que o impacto público dessa medida é irrelevante? Que ela não é uma prioridade?

É nossa opinião que a abordagem ao problema das doenças raras não deve ser feita numa óptica de prevalência. A óptica de prevalência enquanto critério e gestão no âmbito das doenças raras mina as possibilidades de uma política inclusiva, igualitária e universal nas doenças raras. Ao privilegiar algumas doenças raras em detrimento de outras estamos a marginalizar as muitas doenças raras restantes. O mesmo tipo de marginalização que este tipo de doenças sofre tradicionalmente em relação a doenças mais prevalentes. Estamos a minar a força de projecção pública e política das Doenças

Raras no domínio público, pelo que recomendo vivamente a abordagem ao problema das Doenças Raras no seu conjunto. Isto significa desistir de assinalar as doenças mais importantes neste domínio. No que diz respeito ao documento de identificação a elaborar pela DGS, a estrutura e organização de conteúdos no cartão deverão ser consonantes com este objectivo.

Parece-nos esta a forma ideal de gestão integrada da Doença Rara e respectiva inovação.

Resolução do Problema

A nossa proposta é a criação de um porta-chaves, de plástico ou acrílico resistente transparente, nas medidas aproximadas de 4x3cm, onde se possam colocar etiquetas de papel pré-impresso. Na frente consta a identificação da pessoa e o carácter de emergência, sem referir a doença por razões de discrição; na parte de trás apenas um código de barras e números de telemóvel de emergência (médico, família, etc.). Sendo demasiado espesso para estar na carteira, a identificação continua a ser portátil, uma vez que funciona como porta-chaves. Em lugar algum surge a identificação da doença, apenas a necessidade de ligar o número de emergência e a disponibilidade, numa situação hospitalar, de através do código de barras aceder à ficha do paciente. Essa ficha de paciente portador de doenças raras contém medidas gerais, e principalmente específicas, adaptadas a cada caso pessoal, subscritas pelo médico assistente, de cuidados a ter em situação de emergência. Outros conteúdos disponíveis terão de ser estudados. O sistema poderá ser implementado no âmbito dos sistemas já existentes; até eventualmente em parceria com outros organismos.

Cada um dos pontos anteriores, resolvidos.

1. Para descrever procedimentos médicos de emergência relativos a 8.000 doenças raras, que se estimam que existam (e apesar de muitos desses procedimentos serem comuns entre várias doenças) não é realista uma impressão em massa. Muitas doenças raras estimam apenas 100, 50, mesmo apenas 20 ou 30 pessoas. O sistema de impressão em massa (recorrendo a tipografias) tem por base a expectativa de uma massa – a impressão em quantidade. Precisamos pois de um sistema de pré-impressão, à medida, por solicitação, o que reduzirá naturalmente os custos de impressão. Na verdade, os custos de impressão poderão ser partilhados com as diversas estruturas do Ministério. As etiquetas poderão ser impressas posteriormente.

2. Não é possível de momento a emissão de um cartão informático. No problema da emissão de um cartão informático está principalmente a estrutura de leitura de dados desse cartão (semelhante porventura aos terminais multibanco), e não o *chip* em si. É a ausência dessa estrutura que impossibilita a sua leitura. Apesar disso, estruturas de leitura de código de barras (modalidade que pensamos viável) está perfeitamente implantada.

3. As dificuldades de emergência, na panóplia de informações disponíveis, é naturalmente definir as prioridades de cuidados a ter em situações de emergência. Ninguém pode definir tão bem essas prioridades, como o médico assistente e o próprio doente, tendo por base a muita informação disponível adequado ao seu caso pessoal. Esta informação constará da área designada a “Cuidados a ter em Caso de Emergência Médica” na sua ficha informática, acessível pela leitura do código de barras; e actualizável na Internet ou noutro sistema concebido para o efeito.

4. Sendo as etiquetas 4x3 impressas numa impressora vulgar não há desperdício de papel; os custos são partilhados, por outro lado representa a melhor relação qualidade/custo de impressão para diferentes procedimentos para cerca de 8.000 doenças raras, sem termos de excluir nenhuma.

5. Os profissionais de emergência médica dificilmente têm tempo para pesquisar a

carteira do cliente. Por outro lado, numa situação de emergência, sabemos que o destino do paciente é o Hospital ou outra Unidade de Cuidados Urgentes. Se prevenidos para o efeito, mediante informação da DGS, tomarão conhecimento destes novos porta-chaves identificativos; Pelo que não terão de procurar na carteira do doente (onde se encontram muitos outros documentos, e onde o cartão de emergência poderá não ser visualizável imediatamente). Incluir o elemento de identificação no porta-chaves poupa 5 movimentos, fracções de segundo que poderão ser importantes num contexto de emergência.

1. Abrir a carteira
2. Procurar a secção dos documentos
3. Localizar o cartão entre outros cartões e documentos de identificação
4. Retirar o cartão
5. Folhear as páginas em busca da informação

Uma estrutura de plástico ou de acrílico de 4x3 transparente com uma espessura de 4/5mm torna o cartão praticamente resistente a tudo. Por outro lado, as letras impressas encontram-se devidamente protegidas, contra fluidos e/ou líquidos.

O porta-chaves é por natureza Portátil.

O porta-chaves é leve e necessário no quotidiano de qualquer cidadão, e consequentemente, do portador de Doenças Raras.

A informação acessível por Código de Barras é não só extrapolável para futuras aplicações informáticas do Ministério da Saúde, mas principalmente, integrável com as estruturas actuais.

O código de barras permitirá naturalmente o registo do Portador de Doenças Raras. As possibilidades desse registo dependerão da aplicação informática a constituir. Cada uma das doenças raras possuirá um código específico, o que permitirá avaliar indicadores de evolução de cada uma das doenças, no seu conjunto.

No âmbito das doenças comuns, o código de barras está perfeitamente instituído como forma de identificação. A utilização deste permitirá uma transição fácil para o âmbito das Doenças Raras.

Em momento algum está visível informação sobre a Doença do Paciente, excepto o carácter prioritário da mesma e os números de emergência de médicos, família ou pessoa responsável. A informação confidencial só é acessível pelo código de barras aos

profissionais da saúde ou ao próprio doente, via Internet¹⁵

Recomendação de Estratégia de Comunicação para o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

Foi-nos solicitado que apresentássemos uma recomendação de estratégia de comunicação para o **Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos**. Para essa recomendação baseámo-nos em duas entrevistas exploratórias, com a Dra. Cristina Costa, onde abordámos a problemática do **SNNIEA**. Foi-nos também apresentado o sistema em pleno funcionamento, assim como os elementos que constituem a equipa deste projecto, na sala de reuniões do Departamento de Qualidade, onde verificámos as funcionalidades do mesmo e as possibilidades que se apresentam.

Características Distintivas do SNNIEA

Ao longo das entrevistas exploratórias com a Dra. Cristina Costa, foram-nos repetidas vezes referidas as características distintivas do SNNIEA em relação a outros sistemas de *feedback* institucional (como livros de reclamações, etc.) pelo que percebemos da parte da equipa e da própria chefe de divisão uma vontade muito grande de assinalar as diferenças deste sistema em relação a outros sistemas.

O SNNIEA é anónimo, completamente anónimo. É este anonimato que lhe confere as suas propriedades únicas, e o posiciona como plataforma única no sector da saúde. Este anonimato permite contornar a “*cultura de culpa*” (conceito referido pela equipa de projecto) associada a situações em que se apontam pessoalmente as falhas, e consequentemente, identificam-se os culpados. Neste novo sistema não há culpados, ou melhor há só um culpado: O processo em si, ou o desenho desse processo, que se pretende em melhoria contínua. De uma forma global e globalizante, cada notificação serve não só internamente, na instituição de cuidados de saúde, para melhorar

¹⁵O Acesso do portador de D.R. à sua ficha de emergência via Internet está dependente das possibilidades existentes. A forma como tal será feito poderá passar pela integração desta ficha em sistemas já existentes (o que pouparia custos). Em alternativa, o portador não tem qualquer forma de consultar a sua ficha de emergência, que está na exclusiva posse da DGS que controla os conteúdos. Isto apesar de tudo não nos parece orientado no sentido da autonomia do doente prevista na legislação; autonomia que se reforça, paradoxalmente, pela incapacitação física, nos portadores de doenças raras.

processos, mas também à Direcção Geral de Saúde. Numa óptica de prevalência (o maior número de notificações), envidar esforços para o estudo e produção de Normas, Orientações e Informações que permitam corrigir esses desvios. Essas Normas, Orientações e Informações representam a melhor informação disponível para evitar as situações apuradas no Sistema Nacional de Incidentes e Eventos Adversos.

Estratégia de Comunicação

O Actor Principal no SNNIEA não é o indivíduo em particular, é o processo. A comunicação aos profissionais de saúde não deve exprimir benefícios particulares para o indivíduo, mas benefícios para toda a equipa – e dentro da equipa, o indivíduo. Isto é: as notificações conduzem a um melhoramento do rendimento de toda a equipa – não apenas do indivíduo. Melhorando o rendimento de toda a equipa (pela notificação, redesenho e melhoramento do processo), melhora o rendimento particular de cada um. Os benefícios da utilização deste sistema são benefícios de dinâmica e cultura interna das instituições de saúde.

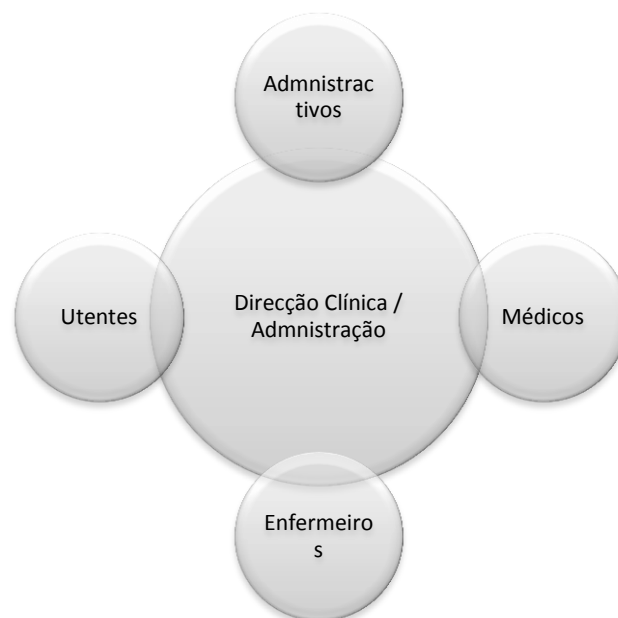


Fig.2 – Dinâmica Interna numa Instituição de Saúde

Não podemos, nem devemos, referir nenhum processo clínico em particular. Mas

podemos certamente referir os intervenientes mais importantes nesse processo. No centro, os responsáveis pelo desenho, gestão e melhoramento do processo (as direcções clínicas / administrações hospitalares, etc.) orientadas superiormente por directivas do Ministério da Saúde. Na operacionalização desse processo, temos aqueles que chamamos os profissionais de saúde, constituídos na sua maioria por médicos, enfermeiros e Administrativos. Nessa dinâmica interna encontramos a direcção clínica / administração empenhada na eficácia e eficiência do processo.

Dessa eficácia e eficiência depende os resultados da instituição¹⁶, e respectivos proventos financeiros. Se para os corpos directivos o melhoramento e redesenho do processo traz resultados e proveitos evidentes, para os “operacionais” – médicos, enfermeiros, etc. – esse resultado não é tão evidente. Os “operacionais” lidam no quotidiano com situações concretas e particulares, perdem por isso a noção do fluxo global do processo. O geral é submergido pela urgência de uma compressa, de uma anestesia, de uma receita, ou de um telefonema. Eles executam tarefas específicas, dentro do processo, mas sem nunca se aperceberem da globalidade desse processo. Uma vez que não visualizam a globalidade desse processo, não têm por hábito exercer o seu direito a essa visão global. Quando se pede aos operacionais que notifiquem incidentes e eventos adversos tendo em vista o melhoramento do processo, é legítimo que eles se questionem – o que é afinal o processo?

É nossa opinião que a Estratégia de Comunicação, com o objectivo de promover a utilização desta plataforma junto dos profissionais de saúde deve fazê-los visualizar a globalidade desse processo. Não do ponto de vista da Direcção – que é como vimos a eficácia e a eficiência dos recursos. Do ponto de vista de um operacional (médicos, enfermeiros, administrativos) o processo é a equipa. A dinâmica da equipa com que estão envolvidos, profissionalmente, mas também emocionalmente, intelectualmente, e espiritualmente.

¹⁶ Até pela própria evolução do Sector da Saúde Europeu (ver Estratégia Nacional para a Qualidade)

O Processo é a Equipa

Os benefícios, ou a promessa (em termos estritamente publicitários e comunicacionais) principal que podemos garantir aos profissionais de saúde é que, melhorando o processo, a equipa em que ele está inserido irá melhorar. O quotidiano irá melhorar em termos profissionais, mas também em termos humanos e sociais. Menos incidentes e eventos adversos equivalem a menos situações de stress e portanto melhor ambiente entre colegas. O prestígio para a equipa que advém da prática de culturas de excelência. Utentes mais felizes criam um ambiente mais feliz entre a equipa. Na verdade, em termos do processo global, o que mais interessa ao profissional de saúde é a sua equipa mais directa – o que temos pois de fazer valer são os benefícios para a sua equipa mais directa.

O Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos adversos contém em si uma definição muito explícita do que é uma equipa. Todos notificam anonimamente. Esta confidencialidade coloca, por deferência, todos os membros da equipa no mesmo patamar profissional: sejam eles administradores, médicos, enfermeiros, administrativos, etc. É neste espírito de equipa, em que um enfermeiro tem tanta importância como um administrador, e um administrador tanta importância como um administrativo, que o SNNIEA deve ser colocado.

A plataforma exprime este espírito de equipa, e portanto um novo estado emocional, em que um enfermeiro pode ser também ele administrador da instituição (pela notificação); um administrativo pode administrar (pela notificação) sem o receio de se sobrepor às hierarquias e sofrer a respectiva sanção. A plataforma é completamente anónima e permite-lhe isso. A comunicação aos profissionais de saúde situa-se pois na dinâmica interna da Instituição de Saúde, no que às suas equipas directas diz respeito. É o melhoramento da qualidade do ambiente profissional da sua equipa directa que ele vê como principal benefício na utilização desta plataforma. Através do anonimato ele visa o processo, ele torna-se supervisor do processo. Não se

trata de queixas ou reclamações. Trata-se de melhorar. Melhorar o processo. Notificando. Essas notificações conduzem a equipas mais coesas, mais fortes, mais solidárias.

Em última análise, os “operacionais”, como médicos, enfermeiros, administrativos, tornam-se eles próprios Direcção. Talvez até mais importantes que a própria Administração que os supervisiona. Talvez até mais onnipresentes que a Administração que os superintende. Os operacionais passam a ser “o olho que tudo vê”. Sem a culpa que recairia sobre cada indivíduo no particular, o anonimato protege-os, mas também os converte numa imensa massa. Esta plataforma corresponde na prática a uma horizontalização das hierarquias.

Em termos da aplicação da Estratégia Futura de Comunicação do SNNIEA recomendaria que se comunicasse com os profissionais de saúde sob o prisma das suas equipas, onde eles estão inseridos, e dos benefícios que esta plataforma pode trazer não só em termos técnicos e profissionais, mas em termos humanos e sociais (convívio, disponibilidade, etc.). “Notificar é contribuir para o sucesso da minha equipa.” poderia ser o lema. Recomendamos que as acções de comunicação dirigidas aos profissionais de saúde reflectam os eixos psicológicos e emocionais que referimos neste documento.

Recolha de Documentos Históricos da Direcção Geral de Saúde

A Direcção Geral de Saúde completou em 2011, 111 anos de História. Esses 111 anos de História estão repletos de episódios memoráveis, na defesa da Saúde Pública. **Por esse motivo, julgamos que seria uma boa ideia reunir uma selecção dos documentos mais importantes da História da DGS – como sejam editais públicos, reportagens, notícias, peças televisivas, etc.**

A recolha dessas peças pode ser feita por diversos meios: Pelo Arquivo Geral da DGS, Pelo Arquivo Fotográfico de Lisboa, pelos Arquivos das Biblioteca Nacional, Municipais e Hemerotecas, pelos arquivos dos Jornais Diários Nacionais / Internacionais, pelos arquivos das Televisões Nacionais (RTP ex) e Internacionais (BBC ex.).

Alguns dos documentos poderão ter de ser pagos nas fontes (pelo que se apresentarão orçamentos respectivos, após pesquisa), outros poderão ser grátis. **Após a selecção das melhores peças / documentos / reportagens proceder-se-á à sua digitalização, e *upload* para as plataformas da DGS – seja no seu *site* institucional, seja no You Tube. A Divulgação da História da DGS, do seu passado, é a maior garantia de credibilidade para as acções presentes e futuras, assim como uma mensagem de prestígio e dimensão social que se passa à comunidade médica e de utentes em geral.**

Criação de um canal de facebook dedicado à temática da “Vida Saudável”

A saúde, em termos globais, é muito mais a sua prevenção que o seu remédio. O aumento da esperança média de vida exige mesmo, em termos de saúde pública, a modificação de comportamentos – para uma melhor alimentação, para uma vida mais activa (Ribeiro 2009). Se vivemos mais anos, temos cada vez mais de preparar o corpo, e o espírito, para essa margem de vida que a ciência proporciona. Florence Nightingale, já em 1860, admitia as contrariedades do meio ambiente (nomeadamente em relação à poluição da cidade de Londres), do tipo de vida de cada cidadão, para o sucesso das disciplinas médicas (Nightingale 1860).

O National Health System em Inglaterra tem esta funcionalidade actualmente implementada no seu *site* oficial em <https://www.facebook.com/nhshealthyliving>, que julgo seria possível reproduzir com elevados índices de qualidade em Portugal. Trata-se da criação de um canal generalista, no facebook e no youtube, dedicados à vida saudável dos cidadãos, com envio de *newsletter* mensal a este respeito.

Não se trata aqui de enviar mensagens a um público especialista – como médicos ou enfermeiros – mas sim de emitir regularmente notícias, eventos, links ou referências sobre vida saudável, de carácter ligeiro, compreensível por todos, e adaptado às plataformas em questão. A Linha Editorial poderia ser gerida internamente, a partir da contribuição dos vários departamentos da DGS, sob a supervisão do Departamento da Qualidade – Divisão de Gestão Integrada da Doença e Inovação.

Proposta de Criação de um Banco de Imagens para a Plataforma de Mobilidade dos Doentes

A Plataforma Siemens de Mobilidade dos Doentes está em fase final de produção, pelo que pouco há a acrescentar em relação à arquitectura de conteúdos do sistema. No entanto, não gostaríamos de deixar de propor alguns benefícios que nos parecem facilmente exequíveis, e que irão melhorar não só a imagem do *site*, como a sua própria capacidade de comunicar. Melhorará também a facilidade de manuseamento do mesmo e reduzirá a ambiguidade da comunicação. A imagem comunica, e a plataforma está assente num mecanismo estético em que a imagem sobressai relativamente ao texto, títulos, separadores.

É necessária uma preocupação especial com as fotos a utilizar, uma vez que elas ilustram de forma dramática os artigos, em dimensão e impacto. Por outro lado, proporcionam a primeira impressão do *site*. É na escolha das imagens a utilizar para cada artigo que se fundamenta a apresentação da presente proposta, e que servirá para a humanização dos artigos, de outra forma, bastante técnicos.

Bastaria para tal a organização da pasta actual de imagens, e redefinir a sua hierarquia da Seguinte Forma:

◆ Pasta Principal de Imagens

- **Saúde Geral**
- **Cidadãos**
 - **Crianças**
 - **Jovens**
 - **Adultos**
 - **Idosos**
- **Partes do Corpo**

- **Pés**
- **Pernas**
- **Peito**
- **Braços**
- **Mãos**
- **Cabeça**
- **Logotipos Insitucionais**
- **Mobilidade dos Doentes**
- **Abstracto, Paisagens, Diversos**

Esta organização, que se pretende simples para o utilizador, permite-lhe ter acesso a imagens de carácter geral (nas pastas de Saúde Geral, Mobilidade dos Doentes, ou Abstracto) assim como a imagens particulares (Cidadãos, Partes do Corpo e Logotipos Institucionais).

Cada imagem a ser carregada neste banco de imagens poupa o utilizador de a tentar encontrar na Internet, sem os riscos de estar a utilizar uma imagem não autorizada. Por outro lado, cada imagem foi já optimizada, pelo que apresenta a melhor relação contraste / brilho / cor. A dimensão utilizada neste banco de imagens será também a ideal, ou seja: não é necessário imagens de 1200 pixels, quando o sistema exige no máximo uma largura de 600 pixels.

Sendo a escolha das imagens feita por nós, temos portanto algum controlo a nível da qualidade da imagem que vai acompanhar o artigo. A variedade será a suficiente para não causar redundância de artigos. Quando essa variedade não é suficiente para o utilizador, nas pastas mais gerais ele encontrará certamente a imagem que mais se adequa ao artigo que está prestes a publicar.

Licenciamento Creative Commons

As licenças Creative Commons foram criadas em 2001, por Larry Lessig da Universidade de Stanford, para abranger um conjunto de bens culturais sob uma licença jurídica que possibilitasse a livre circulação e recriação de obras.

A UMIC - Agência para a Sociedade do Conhecimento, em parceria com a Faculdade de Ciências Empresariais e Económicas da Universidade Católica Portuguesa e a Inteli - Inteligência em Inovação, lançaram em 13 de Novembro de 2006 a versão Portuguesa das licenças Creative Commons.

Nesta plataforma obtêm-se centenas de milhares de imagens, vídeos e música de excelente qualidade, sem ter de pedir expressamente autorização ao autor, para utilização imediata e sem restrições, de forma gratuita. Estas licenças têm apesar de tudo algumas limitações. As mais severas, consideram reservas de natureza comercial que não se aplicam no caso da Direcção Geral de Saúde.

O objectivo desta plataforma é divulgar o trabalho dos autores, que prescindem dos direitos em troca da exposição da sua obra. Em contrapartida, exigem uma referência explícita à origem desses mesmos conteúdos e ao seu licenciamento, o que é normalmente feito através da utilização do símbolo da Creative Commons, preferencialmente na página inicial do Web site.

Por outro lado, uma vez feita a referência ao regime de licenciamento da obra na página inicial do Web site, ou em alternativa, num separador próprio criado para o efeito, a imagem, ou música, devem conter um link e/ou *meta tag* de referência que remete para o endereço original da obra.

Isto é: apesar de podermos descarregar a imagem, vídeo, música para o nosso sistema, para a nossa base de dados, o conteúdo necessita de estar “linkado” ao seu endereço original, e de estar perfeitamente identificado quanto à sua autoria - contendo

*metatags*¹⁷ de identificação. Esse é o benefício que o autor procura, a divulgação da sua obra e a respectiva creditação, prescindindo dos seus direitos e regalias de autor.

Mesmo quando o autor prescinde dos seus direitos, como no caso das Licenças Creative Commons, a legislação de cada país pode ainda onerar o utilizador, nomeadamente em taxas audiovisuais. As Licenças Creative Commons estão desde 2006 perfeitamente adequadas à legislação nacional, numa integração facilitada pelo trabalho pioneiro da Agência Nacional para a Sociedade do Conhecimento, que **é instituição parceira em Portugal da Creative Commons**. Esta forma gratuita e fácil de utilização de imagens é amplamente utilizada a nível mundial, inclusivamente pelos corpos governativos de muitos países; Apesar disso, em Portugal, só o Presidente da República Cavaco Silva utilizou este sistema de licenciamento.

Dada a responsabilidade de uma instituição governamental como a Direcção Geral de Saúde, julgamos recomendável o contacto com a Agência Nacional para a Sociedade do Conhecimento, tendo em vista apreciar o enquadramento legal das Licenças Creative Commons em Portugal.

¹⁷ Uma “Meta-Tag” é uma função de html descritiva, que ficam associadas a linhas de código, que serve essencialmente para permitir aos motores de busca, como o Google, localizarem informação. Utilizava-se principalmente nos primórdios da WEB, quando os motores de busca ainda não possuíam a sofisticação dos algoritmos que o Google exhibe hoje em dia, considerando diversas variáveis para além das “velhinhas” meta-tags.

Reorganização de Conteúdos do *Micro Site* do Departamento da Qualidade

Foi-nos solicitado que reorganizássemos a hierarquia de separadores da seguinte forma **que transcrevemos integralmente a partir do documento impresso que nos foi entregue em reunião** com a Dra. Cristina Arrábida.

Posição no Nível Principal da Hierarquia	Designação do Separador
1	Introdução
2	Plano para a Segurança do Doente 2012-2013
3	Classificação Internacional sobre Segurança do Doente
4	Observatório da Segurança do Doente
5	Sistema Sim Cidadão
6	Avaliação da Cultura de Segurança
7	Sistema Nacional de Incidentes e Eventos Adversos e Aprendizagem¹⁸
8	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e Resistência Anti-Microbiana
9	Campanha Nacional e Higiene das Mãos
10	Cirurgia Segura Salva-Vidas
11	Prevenção e Gestão de Quedas
12	Prevenção e Gestão de Úlceras de Pressão
13	Resposta Rápida na deterioração do Doente – Alertas
14	Cuidar Seguro
14.1	Criança e Adolescente
14.2	Adulto/Idoso

¹⁸ Parece-nos que houve um lapso na designação que nos foi entregue. A designação correcta será pois Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos.

14.3	Adulto/Idoso com alterações da funcionalidade
14.4	Adulto/Idoso em Saúde Mental
14.5	Adulto/Idoso em Saúde Mental
15	Prevenção e Gestão da Dôr
16	Participação do Doente / Pessoa Cuidadora
17	Formação em Segurança do Doente
18	Investigação em Segurança do Doente
19	Equipa
19.1	A Tempo Inteiro
19.2	A Tempo Parcial

Tabela 1 – Reorganização de Conteúdos no *Micro Site* do Departamento da Qualidade

Uma hierarquia de separadores faz-se com o objectivo de organizar a informação. Parece-nos que a proposta actual peca por excesso. Isto é, existe um excesso de informação no primeiro nível da organização da informação. Podemos melhorar a organização dos separadores se conseguirmos distribuir a informação. Pela análise dos conteúdos da Divisão de Segurança do Doente, julgamos que essa distribuição pode ocorrer da seguinte forma:

- **Estratégia**

Conteúdos com os Objectivos Gerais da Divisão de Segurança do Doente ex: Plano para a Segurança do Doente 2012-2013, Plano Europeu de Segurança do Doente, etc.

- **Destaque**

Principais Campanhas e Programas em Destaque.

- **Programas**

Os Programas, de carácter geral, que irão implementar a estratégia.

- **Campanhas**

As campanhas, de carácter específico, e muitas vezes localizado, que irão implementar a estratégia.

- **Documentação**

- Normas
 -
 -
- Orientações
 -
- Informações
- Programas
- Campanhas
- Formação / Investigação
- Internacional

Conjunto de Documentos Oficiais de Carácter Pedagógico, Investigação, Informação, para a compreensão do âmbito de intervenção da Divisão de Segurança do Doente.

- **Eventos**

Podem incluir acções no terreno provenientes tanto dos programas, como das campanhas, como das acções de formação.

- **Contactos da Equipa**

- Equipa da DGS, com os respectivos contactos.

Não recomendamos, na organização de conteúdos, a proposta que nos foi previamente apresentada, pois ao pretender destacar vários conteúdos no nível principal não destaca nenhum. Solicitamos, pois, uma reformulação da organização, para a qual se poderão basear desde já no modelo proposto em 7 níveis principais.

Concurso de Desenho Infantil *Online*

A DGS sempre teve uma atenção especial com as crianças, pois é nelas que a Saúde é mais delicada e a prevenção se torna fundamental. Para mostrarmos que estamos atentos às crianças, **sugeri realizarmos um concurso trimestral para o melhor desenho infantil de crianças entre os 6 e os 10 anos de idade**, cujo envio e apreciação seriam feitas exclusivamente *online*, e cujas participações todos poderiam consultar. Prémios a definir.

Entrega de CD com 1000 imagens seleccionadas e Licenciadas pela Creative Commons para Utilização na Plataforma da Divisão de Mobilidade do Doente do Departamento de Qualidade.

Foi gravado um CD, contendo 1000 imagens de uso gratuito não comercial, elaborado no âmbito do Estágio do Mestrando para a Divisão da Mobilidade dos Doentes do Departamento de Qualidade da Direcção Geral de Saúde, encontrando-se este organizado em dois temas principais: Ciclos de Vida, e Corpo. Na verdade, a Saúde tem como domínio principal o corpo e os contextos familiares e de ciclo de vida. As imagens possuem geralmente uma dimensão de 640 por 480 pixels. A recolha das imagens, cedidas pelos autores para fins não comerciais, não reconheceu fronteiras, raças ou credos, pretendendo ser fiel ao seu espírito de partilha universal e gratuita.

Proposta de Criação de “Templates” Powerpoint para disseminação generalizada na Direcção Geral de Saúde

Em cada organização procura-se a coerência e uniformização da comunicação. Essa coerência e uniformização contribuem para a eficácia da comunicação – uma vez que coerência e uniformização querem dizer uma abordagem em conjunto, controlada e planeada, dos vários momentos em que se estabelece contacto com o consumidor.

É neste enquadramento que nos parece uma boa estratégia, dado que as apresentações Powerpoint são amplamente utilizadas na Instituição, que se crie um modelo comum de apresentações Powerpoint, que podem variar ligeiramente de Divisão para Divisão, de Departamento para Departamento, mas mantendo-se fiel à sua linha gráfica. Uma apresentação esteticamente atraente, consonante com os objectivos da Instituição, pode não convencer completamente – mas ajuda.

Por outro lado, a introdução de modelos Powerpoint para todas as divisões implicará os seguintes benefícios:

- Garantia de Uniformidade e Coerência na componente gráfica das apresentações da DGS
- Poupança de tempo/custo/trabalho na introdução consecutiva, e repetitiva, de elementos como:
 - *Nomes de Chefes Máximos de Divisão*
 - *Logotipos da Instituição*
 - *Moradas*
 - *Números de Telefone*
 - *Números de Página*
 - *Datas*
 - *Horas*
 - *Margens*
 - *Locais para Fotografias*
 - *Locais para Texto*
 - *Cores, e outros elementos gráficos (previamente definidos)*

Filtros de RSS (Pipes) para as Doenças Raras

Realizei, no início deste estágio, uma pesquisa sobre o panorama das Doenças Raras na Europa. Nessa ocasião tive oportunidade de conhecer o “estado da arte” das Doenças Raras no contexto europeu.

O Panorama actual evidencia a abordagem conjunta a todas as doenças raras, sendo que são raros os portais que se dedicam exclusivamente a uma doença. O paradoxo é que qualquer uma das doenças raras é suficientemente complexa para merecer inúmeros ângulos de abordagem, inúmeras leituras e estratégias. No caso da Síndrome de Pitt-Hopkins, por exemplo, só a boa vontade de alguns pais considerou a criação de portais exclusivos. Se o desconhecido é infinito, infinitas são as abordagens a esse infinito. Os esforços do Estado zelam pelo Bem Comum, e o Bem Comum tem como medida a população. A população tem na saúde pública, as medidas da incidência e da prevalência.

A seguinte proposta pretendia inverter o princípio da prevalência, através da criação de um canal exclusivo para cada doença rara pela implementação de filtros condutores nos portais gerais de conteúdos de Doenças Raras, propondo um cronograma e uma doença específica, e uma das mais raras, (a síndrome de Pitt-Hopkins) para a implementação deste projecto.

Um *pipe*, ou canalizador, é uma simples aplicação informática que permite refinar pesquisas mediante a introdução de parâmetros ou expressões de pesquisa. Actualmente, é evidente nos portais de doenças raras que as possibilidades de refinamento são muito limitadas, por outro lado os *sites* multiplicam-se. Um exemplo de *pipe* muito rudimentar é aquele que nos aparece com a ferramenta de pesquisa do twitter (*twitter search*). Assim, se introduzirmos um termo de pesquisa a *timeline* devolve-nos todos os *tweets* que reproduzam a expressão de pesquisa que acabámos de digitar.

Ao construirmos um *pipe* para uma determinada doença rara, estamos a delimitar, no vasto compêndio de doenças possíveis, a doença específica que interessa ao portador dessa mesma doença, poupando-lhe tempo valioso de pesquisa. Um *pipe*

funciona como agregador, para além de refinar as pesquisas. Na abundância de informação, são os pacientes ou os seus familiares quem separa o trigo do joio das diferentes terapias alternativas; quem no seu papel activo de investigação selecciona as melhores fontes e evidencia as melhores práticas. Por outro lado, a especificidade e complexidade das doenças raras implica que um cientista se dedique exclusivamente, provavelmente anos a fio, à investigação de novos métodos e procedimentos. Se os laboratórios proporcionam os meios, de forma passiva, só os cientistas se dedicam à investigação de forma activa. A Questão subjacente é pois:

COMO PODEMOS SEGUIR REFLEXÕES E CONCLUSÕES DE CIENTISTAS E PACIENTES NO CAMINHO PARA A DESCOBERTA DE CURA DE DOENÇA RARA, DE FORMA SISTEMÁTICA E AUTOMÁTICA ?

Tanto pacientes como cientistas realizam pesquisas *online*, partilhando o resultado dessas pesquisas, estratégias conclusões e procedimentos. As comunidades de doenças raras são por natureza gregárias e voluntárias e partilham o seu conhecimento.¹⁹ Utilizando plataformas como o twitter, o facebook, o youtube, ou os blogues.

Para cada doença rara existe portanto uma comunidade que difunde informação, dispersa geograficamente. Como se chamam os cientistas actualmente a trabalhar numa dada doença rara? Publicam na Internet? O esforço individual de cada paciente de doenças raras corresponde a um esforço solitário para encontrar este tipo de informação, em que se tenta obter esclarecimentos junto de outros pacientes e cientistas.

Existindo um canal especializado, abastecido por um *pipe rss*, existiria uma poupança significativa no tempo dispendido por cada paciente a pesquisar informação sobre a sua doença rara; a certeza de não falhar nenhuma notícia que referisse a doença rara, um aumento de rendimento laboral, criação de uma comunidade de pesquisadores, e principalmente mais tempo para seleccionar as boas fontes.²⁰

¹⁹ Vejam-se os sites por exemplo de associações como os de Portadores de Pitt-Hopkins, acções de recolha de fundos, etc.

²⁰ No portal generalista “The experience project” existem cerca de 12 milhões de “experiências” a que corresponde uma ínfima fracção para uma doença rara com pouca prevalência exemplo: Síndrome de Pitt-Hopkins poderia corresponder a 13 experiências desse total. Seria o filtro, ou pipe, a refinar esses milhões para as 13 “experiências” que nos interessam para essa doença rara.

O Cronograma proposto para este projecto piloto foi o seguinte, num total de cerca de três meses para implementação do projecto:

1. Inventário e Escolha das Fontes Doenças Raras com Saída RSS Exemplo Portais, Canais de Facebook., Canais Youtube, Twitter, etc. (45 dias)
2. Colocação de Filtros para uma Dada Doença Rara nas várias fontes (15 dias)
3. Criação de Saídas RSS e Filtros Específicos em Portais não Preparados para Saída RSS (15 dias)
4. Preparação do Canal Facebook e Controlo de Publicações (7 dias)

WIKICURE (<http://wikicure.wikia.com>)

Plataforma WIKI para as doenças raras

As doenças raras são um fenómeno que tem merecido cada vez mais atenção dos responsáveis europeus, a partir da altura em que se começou a verificar que o problema das doenças raras, no seu conjunto, era um problema muito mais vasto do que se esperava. Estão identificadas mais de 10.000 doenças raras, e em Portugal estima-se que entre 600.000 e 800.000 pessoas sofram de uma doença rara.(Scientific Secretariat of the European Union Committee of Experts on Rare Diseases 2011). Os pacientes de doenças raras queixam-se que a maior parte dos médicos não está preparada para cuidar deles. Em nosso entender, as doenças raras eram preteridas em relação a outras doenças por uma questão de prevalência de doenças ((AWG) 2011). Um conceito estatístico, mas de primordial importância na saúde pública, uma vez que identifica os principais problemas de saúde pública. A atribuição de verbas e medidas é feita segundo este princípio.

A prevalência está ligada aos conceitos de eficiência. A eficiência industrial, segundo o modelo que se institucionalizou durante o século XX, passa por um aproveitamento óptimo dos recursos existentes numa organização. Se os recursos são finitos, necessitam de ser atribuídos tendo em conta o máximo retorno no investimento. Numa indústria, significa produzir e vender mais barato, nomeadamente através da divisão de tarefas e da especialização de funções. Na Saúde, cujos ministérios possuem a lógica dessa organização industrial (em departamentos e divisões) significa atribuir os recursos disponíveis com vista ao maior impacto possível no que à saúde pública diz respeito.

Uma doença é, pois, tanto mais importante, quanto maior for o número de casos existentes num determinado momento. As políticas de saúde pública são guiadas por razões de prevalência de uma doença. Mas não só as políticas. O comércio (as indústrias farmacêuticas, indústrias de seguros médicos, etc.) procura situar-se no horizonte da prevalência. Os milhões de euros gastos em pesquisa necessitam de mercados, que

possam devolver os investimentos sob a forma de lucro.

A primeira luta das Doenças Raras é em relação ao conceito de prevalência. No domínio da Prevalência, doenças como a Síndrome de Prader Willi (1070 casos por 100.000 habitantes) ou a Doença de Fabry (175 casos por 100.000 habitantes) não têm, pelo critério da prevalência e da eficiência na atribuição de tempo/recursos, prioridade em relação a doenças como a diabetes ou cancro ou a sida. E que dizer por exemplo da síndrome de Pitt-Hopkins, tão rara que existem apenas cerca de 150 casos em todo o mundo?

A Internet permite três coisas de uma forma geral: acesso a conteúdos (imagens, vídeo, texto), expressão pessoal (blog, twitter) e a ferramentas de comunicação (email, skype, etc.). Greene (2012) esqueceu-se de referir uma quarta possibilidade (Tappscott & Williams 2006) que são as plataformas wiki. Nas plataformas wiki as páginas são editáveis por qualquer um; não podemos falar de expressão pessoal porque a expressão é colectiva. Não podemos falar de acesso a conteúdos, porque esses conteúdos estão em permanente actualização e mudança e são colaborativos e cooperativos (ao contrário de uma foto ou de um vídeo) nem podemos falar de ferramenta de comunicação; uma plataforma wiki é uma plataforma de conhecimento partilhado. São páginas web aparentemente normais com uma pequena (grande) diferença. Podem ser editadas por qualquer um. Esta pequena diferença suscita é claro as maiores preocupações, nomeadamente a necessidade de uma moderação dos conteúdos publicados. Sabemos como a Internet pode ser ofensiva, e muitos dos seus utilizadores utilizam-na para os fins menos nobres: o de expelir anonimamente a sua raiva e descontentamento. Bastará para isso consultarmos os comentários de um jornal como o Diário de Notícias ou o Público, para nos desiludirmos quanto aos extremos que certas posições podem tocar.

A necessidade de uma plataforma WIKI (editável) para as doenças raras é necessária pela imensa variedade de doenças raras, pelo seu aumento, e pelas possibilidades de numa só plataforma existirem múltiplos colaboradores – sabemos de antemão que os pacientes de doenças raras são os que mais pesquisam sobre as suas próprias doenças (Scientific Secretariat of the European Union Committee of Experts on Rare Diseases 2011), podendo através de uma plataforma wiki oferecer o seu conhecimento partilhado a outros pacientes e mesmo à comunidade científica. O

conhecimento construído em conjunto é uma concepção nova da própria forma como se constrói conhecimento.

Com o consentimento dos supervisores maquetizámos assim uma plataforma de conhecimento partilhado (wiki) para o Universo de Doenças Raras em <http://www.wikicure.wikia.com> que recusa a ideia que não existe cura para as doenças raras, ideia que persiste em alguns espíritos menos atentos aos espantosos avanços da medicina e principalmente, à força de vontade humana. Nessa recusa à morte anunciada, queremos oferecer as peças destes puzzles biológicos à pessoa no planeta que é capaz de os resolver; com a consciência de que a multi-disciplinariedade em doenças raras é uma exigência do quotidiano. O mesmo paciente de doenças raras tem habitualmente de recorrer a vários especialistas para resolver o seu problema.

A plataforma assenta sobre pressupostos simples: um perfil para cada doença, e a possibilidade de através de “templates”, podermos adicionar mais. Introduzi, uma a uma, mais de 8.800 doenças raras, em que cada uma contém as seguintes secções para preenchimento, que se podem descobrir em [wikicure.wikia.com](http://www.wikicure.wikia.com). A soma de todas as secções procura ser o mais abrangente e pertinente possível para o portador de doenças raras. Tendo uma perspectiva internacional, todo o *site* foi redigido em inglês:

- 1 Instructions for Filling in this Page
- 2 Summary
- 3 Symptom Description
- 4 Photo Evidence
- 5 Video Evidence
- 6 Diagnosis and Detection
- 7 Scientific Findings Summary
 - 7.1 Puzzle Pieces I : Associated Chromosomes and Genes
 - 7.2 Puzzle Pieces II : Chromosome and Gene Regular Functionement
 - 7.3 Puzzle Pieces III: Chromosome and Gene Disfunction
 - 7.4 Puzzle Pieces IV: Evolution
- 8 Sources: Bibliography and Documentation
- 9 Sites of Interest
- 10 Researchers
- 11 Drugs, Medicines and Remedies Commercially Available

- 12 Drugs, Medicines and Remedies under Research and Development
- 13 Multi-Disciplinary Treatments
- 14 Similar Diseases or Similar Genetic Disfunction
- 15 Treatment Centers
- 16 Financial Aid and Sponsorships
- 17 Family Support
- 18 Anything Else
- 19 Cure
- 20 Comments

Atribuição de Prémio de Mérito “Estrela da Qualidade na Saúde”

Existem inúmeros blogues de língua portuguesa que publicam regularmente sobre Saúde. Toda a gente tem direito a opinião, mesmo sobre temas delicados como a saúde; mesmo quando as suas competências técnicas e profissionais não são suficientes. O problema é quando essas pessoas, bloggers, gestores de portais, convencem outras pessoas de terapias de saúde, ou comportamentos preventivos, que não são de todo os recomendados pela Direcção Geral de Saúde.

É necessário pois evidenciar, principalmente na Blogosfera, quais são os blogs que publicam temas e conteúdos de qualidade. Desta forma, separa-se o Trigo do Joio e indica-se quais são as fontes que prestam um bom serviço à saúde em Portugal. Uma forma de incentivo, mas também de parceria e de orientação.

A presente proposta pretende pois identificar os melhores blogues e portais independentes na área da Saúde, atribuindo-lhes a estrela do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção Geral de Saúde. A Estrela da Qualidade é um elemento gráfico, em formacto JPG, GIF ou PNG, que pode ser colocado nos blogs ou sites independentes atestando a sua qualidade. Este elemento gráfico contém depois um link para uma página específica no site da Direcção Geral de Saúde.

Julgamos que a presente proposta poderá equilibrar politicamente uma área de conteúdos indirec-tamente concorrente com o papel de referência que a Direcção Geral de Saúde, e o Departamento de Qualidade de Saúde, querem ter na sociedade portuguesa.

Elaboração de Estratégia de Conteúdos da Direcção Geral de Saúde para o Facebook.

O Facebook tem as mesmas funções que os sinais de fumo, o telefone, o telegrafo. Na perspectiva de McLuhan é uma extensão da nossa voz: amplifica-a, uma vez que podemos enviar mensagens para distâncias impossíveis. Por outro lado é extensão dos olhos: Podemos ver coisas, em tempo real, num outro país, numa outra localidade, com maior precisão e detalhe do que se o fizéssemos ao vivo. É extensão dos ouvidos: Ouvimos sons, palavras, transmitidas pelo altifalante do computador, de um amigo emigrado na Inglaterra. Restam alguns sentidos, como o olfacto e o tacto, para esse velho sonho da ficção científica possa eventualmente concretizar-se, o da extensão do corpo à sua componente biónica. É extensão da memória: Podemos consultar rapidamente toda a nossa actividade comunicacional.

Extensão da consciência colectiva: Partilhando fotos e vídeos, fazemos nossa a experiência dos outros. Por enquanto, o máximo que o Facebook conseguiu, para além de 2.3 milhões de utilizadores activos na população portuguesa (cerca de 25% da população) é propor uma extensão do nosso pensamento, e, através do nosso pensamento, da nossa consciência colectiva. Elucidativa a mensagem que nos dá as boas vindas no “mural” nosso “perfil” recém-criado. “Em que estás a pensar?”. Para explicar o facebook temos de utilizar constantemente “aspas”. “Mural”, “Gostos”, “Fãs”, Dezenas de novos termos foram introduzidos que não são assim tão evidentes na cultura portuguesa. A cultura anglo-saxónica, prenhe de metáforas, propôs assim uma requalificação da linguagem. Na sua organização por quadrículas (espaços de trabalho), o Facebook reorganizou a linguagem. A cada um desses “espaços de trabalho” transversais aos utilizadores, a metáfora impera e é sobre a metáfora que exercemos o nosso poder de expressão. É no “mural” que publicamos, e é no “mural” dos nossos contactos que recebemos “notícias”. A metáfora é intuitiva por natureza. Coloca automaticamente de acordo os intervenientes; ultrapassa inclusivé o próprio assunto discutido. “Claro como água”, é uma das metáforas mais universais. Quando utilizada, refere-se a uma conclusão. A metáfora enuncia mais do que isso. Num plano coletivo, explicita os conceitos mais gerais sobre os quais estamos todos de acordo, como por exemplo em relação às qualidades de pureza, transparência, limpidez que o objecto “Água” contém (Bachelard 1989). É um plano profundo que envolve aspectos do inconsciente estudados por Jung ou Bachelard. E é isso que o Facebook faz: Coloca-

nos, *a priori*, todos de acordo uns com os outros nos aspectos mais estruturantes da linguagem. Ao aderirmos ao facebook, estamos a celebrar um pacto; um pacto de concórdia linguística. Tecnicamente, o Facebook é apenas uma “Time-Line” – um aplicativo informático, semelhante aos blogues, que assinala numa linha temporal as nossas transacções comunicacionais. A mais avançada do mundo, a mais espectacular, a mais divertida: mas apenas uma “Time Line” informática. Escrever uma “Time Line” informática não demora mais que alguns minutos para um programador experimentado. Construir um conjunto de metáforas, suficientemente amplas para comportar fenómenos diversos de linguagem, em idiomas diferentes, é bem mais que um aplicativo informático: É uma obra de arte.

As páginas de fãs do facebook funcionam como biblioteca de preferências, de referências e de sensibilidades. Ao aderir a uma página de facebook, um utilizador indica isso mesmo: um “gosto” de algo. Mas um utilizador de facebook é-o pelo imenso benefício de estar ligado aos seus amigos, aos seus familiares e conhecidos; acompanhando as suas actividades, os desenlaces do seu quotidiano. A relação dos utilizadores com os seus contactos é transversal a todas as páginas de fãs. Aderir a uma página de fãs é enunciar algo. Algo que o utilizador tem em comum, ou quer ter em comum, com os outros, muitas vezes por mera simpatia.

Um utilizador não pode, pois, ser avaliado pela relação que estabelece com uma página de fãs em particular. Seria a mesma coisa que avaliar uma pessoa apenas por gostar de “amarelo”. As páginas de fãs a que um utilizador de facebook adere são na ordem das centenas. Devemos, pois, olhar o quadro global de tendências, de atitudes, perante os conteúdos actualmente disponíveis e onde se inclui naturalmente a saúde. Devemos analisar a teia de relações que ele estabelece com várias entidades, analisando o conjunto das suas preferências.

Antes mesmo de concebermos uma estratégia de conteúdos institucional, e fundamentando-nos na autopoiesis de maturana e Varela, devemos colocar-nos a seguinte questão:

“Que conjunto de conteúdos são socialmente (e não, individualmente) relevantes para o utilizador do facebook? De que forma o todo da comunicação é autorreferencial?”

I - Metodologia

1. Objetivo da Presente Análise

O Objetivo da presente análise é delinear uma estratégia de difusão de conteúdos para a Direcção Geral de Saúde, no Universo das Páginas de Fãs de Facebook, tal como nos foi solicitado pela Exma. Dra. Catarina Senna, sub-diretora da Instituição; numa reunião onde também estiveram presentes o Exmo. Diretor do Departamento Dr. José Alexandre Diniz e Exmo. Sr. Plácido Teixeira.

2. Dimensão da Amostra

- a. **Amostra “A”** de 298 Páginas de Fãs do Universo Geral, organizadas por ordem decrescente do *ranking* no período de 24 a 30 de Janeiro de 2012. Esta amostra é representativa de uma audiência acumulada de 38.009.097 fãs.
- b. **Amostra “B”** de 107 Páginas de Fãs na Categoria “Marcas/Saúde”, representativa de uma audiência acumulada de **1.141.161 fãs**.
- c. **A Amostra “A”** representa o Universo de Páginas com dimensão compreendida entre 22.000 fãs e 1.000.000 de fãs.
- d. **A Amostra “B”** representa todo o universo conhecido do sector da Saúde no âmbito das Páginas do Facebook.

3. Recolha de Dados

- a. Foi utilizada uma técnica de amostragem “Nested”.
- b. Através desta técnica de amostragem pretendemos explicar os acontecimentos nos seus termos de comparação. Isto é, entre o Universo Geral, e a categoria que diz particular respeito à Direcção Geral de Saúde – a categoria Marcas/Saúde.
- c. Os dados referentes a Número de Fãs foram recolhidos no *site* fbrankpt.com; Os dados referentes a utilizadores activos foram recolhidos na página de fãs específica.

4. Credibilidade dos Dados

- a. Os dados apresentados são fornecidos pelo próprio facebook ou por intermediários que disponibilizam os dados a partir do facebook (fbrankpt.com)

5. Objetivos da Análise

- a. Analisar a Dispersão de Utilizadores de Páginas de Fãs de Facebook**
- b. Analisar as Frequências de Utilizadores por Categorias de Conteúdos**
 - i. Pessoas
 - ii. Campanhas
 - iii. Blogues/Comunidades
 - iv. Marcas
 - 1. Viagens e Turismo
 - 2. Sociedade
 - 3. Serviços
 - 4. Sector Automóvel
 - 5. Saúde
 - 6. Roupas, Calçado e Acessórios
 - 7. Restaurantes, Bares e Cafés
 - 8. Produtos de Grande Consumo
 - 9. Política
 - 10. Música
 - 11. Mobiliário e Decoração
 - 12. Equipamento e Eletrodomésticos
 - 13. Ensino e Formação
 - 14. Marcas, Desporto e Fitness
 - 15. Comunicação Social
 - 16. Comércio e Vendas
 - 17. Arte, Cultura e Lazer
 - 18. Alimentação e Bebidas
- c. Analisar a relação entre Número de Fãs e Utilizadores Activos

- d. Analisar a relação entre Actividade da Página e Tipo de Conteúdos
- e. Determinar qual o tipo de conteúdos da DGS mais adaptado ao Universo de Fãs de Páginas do Facebook.

II – Análise de Dados

1.1 – Número de Fãs e Número de Utilizadores Activos – A Regra dos 5%

Utilizadores activos são aqueles que interagem realmente com a página. Utilizadores não activos são os utilizadores que, apesar de aderentes a uma dada página, não interagem com ela. Apesar da expressividade dos números da audiência de uma página de fãs, a efectividade dessa mesma página relaciona-se directamente com o seu número de utilizadores activos. Este é, pois, o principal indicador da dimensão real de uma página de fãs. A diferença entre número de fãs e utilizadores activos é substancial em que o número de utilizadores activos representa apenas 5% do total de audiência acumulada de uma dada página. Assim, para cerca de 1 milhão e 800 mil utilizadores activos existem nos dados apurados em fbrank.pt cerca de 38 milhões de audiência acumulada.

Ao longo da nossa análise deparámos constantemente, fosse na análise de subcategorias ou categorias, com este valor de 5% de utilizadores activos. A coincidência não nos convenceu. Parece-nos antes que existe um esforço deliberado da plataforma Facebook para limitar o alcance e impacto dos milhares de páginas de facebook existentes, e da consequente audiência acumulada. Se a informação produzida em cada página chegasse efectivamente ao número de inscritos, o “newsfeed” ou “leitor de actividade” do utilizador seria inundado de informação. Rigorosos na sua política de privacidade, não é de estranhar que o facebook limite desta forma a actividade dos grupos e páginas de fãs. É uma gestão do risco do impacto mediático do próprio facebook, que pela sua extensão e variedade, nunca poderia ser convenientemente moderado e fiscalizado em termos de conteúdos. Consequentemente, a audiência real de uma página de facebook é sempre muito inferior ao número de inscritos. Podemos afirmar com alguma segurança que, se excepcionarmos algumas páginas na categoria de Blogues e Comunidades de carácter lúdico e humorístico, a regra mantém-se para todas as páginas criadas. Para um dado total de fãs, o alcance efectivo de uma página será limitado pelo próprio facebook a 5% dos aderentes dessa mesma página. Para 100.000 aderentes, podemos então esperar uma audiência real de 5.000 pessoas – no máximo. Algumas páginas poderão ser privilegiadas, por razões de política editorial do facebook. Não esqueçamos que existe de facto um administrador de facebook especializado no território português.

1.1.1 Comparação de Rankings de Número Total de Fãs / Utilizadores Activos

A importância do indicador de utilizadores activos é mais evidente se ordenarmos o ranking de páginas de facebook, não da forma que nos é apresentada em primeiro lugar – ou seja por número de fãs – mas por utilizadores activos. Vemos que o ranking de TOP 10 de páginas de fãs de facebook muda radicalmente segundo os dois critérios:

Nome	Categoria	Fãs	Actividade da Página (Utilizadores Activos)	% de Utilizadores Activos na Página
Tá Feio	Blogues e Comunidades / fBlogues	183995	198298	107,77
cenasmарadas	Blogues e Comunidades / fBlogues	246751	117833	47,75
Mestre Yoda	Blogues e Comunidades / fBlogues	41187	63946	155,26
Tá Bonito	Blogues e Comunidades / Blogues	757845,00	61495	8,11
Sport Lisboa e Benfica	Marcas / Desporto e Fitness	1014824	60427	5,95
Já Foste	Blogues e Comunidades / fBlogues	121773	52399	43,03
Assim Você me Mata	Blogues e Comunidades /	46300	43887	94,79

	fBlogues			
Frases para reflectir	Blogues e Comunidades / fBlogues	85503	40973	47,92
Tá Fixe	Blogues e Comunidades / Blogues	158992	39310	24,72
Ainanas.com	Blogues e Comunidades / Blogues	142239	39254	27,60

Tabela 2 - Ranking Top 10 Páginas de Fãs de Facebook Utilizadores Activos

Nome	Categoria	Fãs	Actividade da Página (Utilizadores Activos)	% de Utilizadores Activos na Página
Sport Lisboa e Benfica	Marcas / Desporto e Fitness	1014824	60427	5,95
Tá Bonito	Blogs e Comunidades / Blogs	757845	61495	8,11
5 para a meia noite	Marcas / Comunicação Social	564612	9004	1,59
EU VI ESTE VÍDEO ATÉ AO FIM E NEM QUERIA ACREDIT...	Blogs e Comunidades / fBlogs	519266	5184	1,00
tmn	Marcas / Serviços	499515	5389	1,08
EU AMO VOCÊ	Campanhas / Arte, Cultura e Lazer	497215	7170	1,44
"Necessito de um abraço.	Blogs e	49022	3909	0,80

Não pergunte, não...	Comunidades / fBlogs	0		
Liga Portuguesa Contra o Cancro	Marcas / Saúde	48385		
		4	2561	0,53
Secret Story - Casa dos Segredos	Marcas / Comunicação Social	47319		
		5	3495	0,74
	Marcas / Roupas, Calçado e Acessórios	47133		
Nike Football Portugal		6	3379	0,72

Tabela 3 - Ranking TOP 10 Páginas de Fãs de Facebook - Número Total de Fãs

O espectro de importância e relevância das páginas muda substancialmente. Verificamos que as páginas que envolvem efectivamente os utilizadores não são aquelas com um grande número de fãs. A Página do “Sport Lisboa e Benfica” é cerca de 5 a 6 vezes maior, em número total de fãs, que a página classificada em primeiro lugar no *ranking* de utilizadores activos (Tá feio). SLB possui mais de um milhão de fãs, enquanto “Tá Feio” tem cerca de 200.000 fãs. Apesar disso, a página “Tá Feio” mobiliza três vezes mais fãs que o “Sport Lisboa e Benfica” – referimo-nos a fãs que visitam efectivamente, comentam, etc.; Neste ponto (utilizadores activos), a página “Tá Feio” possui cerca de 200.000 utilizadores activos. A Página “Sport Lisboa e Benfica”, apesar do seu milhão de aderentes, não consegue mais do que 60.000 utilizadores activos.

Possuir uma grande comunidade no facebook, em termos da sua dimensão de número total de fãs, não é garante do seu impacto. O seu impacto deve ser medido em utilizadores activos. O número total de fãs é expressivo da importância social de um conjunto de conteúdos, de simpatia social e não necessariamente de interactividade. Ter 1 milhão de fãs não é mau. Pelo contrário, define uma audiência potencial de 1 milhão de pessoas face à nossa marca, pessoa, comunidade, campanha e estabelece os horizontes comunicacionais. A dimensão de uma página é ela própria imagem de marca, testemunho de confiança que podemos publicitar. Muitas marcas o fazem. Mas se, por outro lado, uma página de fãs quer ser realmente interventiva, observando as suas audiências reais, o indicador a ter em conta são os “utilizadores activos”

1.1.2 – Audiência Total de Fãs por Categoria

As marcas dominam claramente, com cerca de 63%, o espectro de audiência total (número total de fãs).

Categorias	Audiência Acumulada
Pessoas	3.184.938
Marcas	24.001.208
Campanhas	1.515.245
Blogues e Comunidades	9.307.706
TOTAL ACUMULADO DE FÃS	38.009.097

Tabela 4 - Audiência Acumulada de Fãs na Amostra A

1.1.3 – Audiência Total de Fãs por Utilizadores Activos

Esta predominância das marcas quanto ao número total de fãs altera-se substancialmente quanto aos utilizadores activos (aqueles que interagem efectivamente com uma página de fãs). Neste caso, que podemos comprovar no gráfico, são os blogues e comunidades que se destacam com cerca de 51% da audiência total contra 40% de audiência total para as marcas.

A questão subjacente é a “verdade” dos números. As grandes marcas investem fortemente em publicidade, proporcionando aos seus conteúdos um alcance (pago) que os blogues e comunidades não possuem. O facto de blogues e comunidades conseguirem ainda assim a preferência dos utilizadores releva bem de um certo tipo de cultura associada ao facebook; um tipo de cultura não exclusivista – encontra ainda assim espaço para albergar as marcas institucionais e comerciais – mas que se identifica fortemente com valores comunitários e com conteúdos de carácter lúdico.

2.1 – Categorias

Para a análise da dinâmica de utilizadores de facebook, utilizámos a matriz definida no *site* fbrankpt.com, onde extraímos as categorias base. Segue-se uma definição do que que significa cada uma destas categorias:

1. Campanhas

- a. Refere-se a acções promocionais localizadas no espaço e no tempo. Geralmente são páginas que atingem o seu pico e grau de maturidade muito cedo. Os utlizadores abandonam a página assim que a campanha termina. O número de fãs, apesar da página inactiva, permanece.

2. Pessoas

- a. Refere-se a Indivíduos Singulares.
- b. Com visibilidade pública.

3. Blogues e Comunidades

- a. Referem-se a espaços juridicamente não constituídos de índole comunitária. Nesta categoria destacam-se as páginas lúdicas e humorísticas.

4. Marcas

- a. Esta categoria, dividida em muitas subcategorias, refere-se a entidades, instituições ou empresas juridicamente constituídas. Marca refere-se a um conjunto de atributos e percepções que o consumidor reúne sobre um determinado objeto, podendo esse objeto ser um produto, uma empresa, um serviço, ou uma instituição.
- b. À administração e gestão das percepções dos consumidores chama-se gestão da marca. O facto de algumas instituições poderem recusar a definição de “marca” – como é o caso da Liga Portuguesa contra o Cancro – é obstável com a própria presença destas no facebook. A adesão é um acto deliberado e consciente de gestão da marca. O facebook obriga a uma selecção dos conteúdos, a uma actividade mais ou menos permanente de gestão dos atributos e percepções que os fãs

têm da instituição. É essa gestão dos atributos e percepções do consumidor/utilizador que constituem a Instituição enquanto Marca, mesmo que esta, como no caso da DGS, tenha fins não lucrativos. Apesar de uma marca ser tradicionalmente atribuída ao domínio comercial, ela representa na sua essência uma percepção sobre algo. A gestão das percepções é comum não só ao sector comercial, onde os benefícios são tangíveis e quantificáveis, mas talvez até mais ao sector não comercial onde os benefícios procurados pelo consumidor são muitas vezes intangíveis (ex: O benefício de apoiar os doentes com cancro).

O número de páginas de fãs criadas no facebook indica-nos que são as marcas quem mais aproveita este recurso tecnológico. Se o Twitter apresenta um tipo de utilização fortemente vocacionado para o indivíduo e seus seguidores (ex: Bill Clinton, Ashton Kuchter, etc.), o Universo de Páginas de Facebook, no que diz respeito à realidade portuguesa, é um espaço de difusão de marcas juridicamente estabelecidas.

2.2 – Competição entre Marcas

A competição por audiência é muito mais intensa no domínio das marcas, estando essa audiência muito mais distribuída do que nas restantes categorias. O Facebook apresenta um benefício de um público potencial de 2.3 milhões de utilizadores. Sendo uma plataforma gratuita, onde se encontram milhões de pessoas, é natural que as marcas estabeleçam também aí os seus domínios, muitas vezes suportado por agressivas campanhas de marketing.

Categorias	Número de Páginas
Blogues / Comunidades	70
Campanhas	11
Marcas	192
Pessoas	25
Total de Páginas na Amostra	298

Tabela 5 - Número de Páginas na Amostra A por Categoria de Conteúdos

2.3 Dispersão – Utilizadores Activos

Já vimos como é necessário distinguir entre a audiência real de uma página e a sua audiência total. Assim, se a audiência total é muito superior na categoria de Marcas, verificamos que o grosso dos utilizadores realmente activos (51%) se encontra na categoria “Blogues/Comunidades”. Este valor é extremamente importante, pois indica duas coisas. Por um lado, a preferência dos utilizadores por um determinado tipo de conteúdo – lúdico e humorístico – é essa a espinha dorsal da categoria “Blogues e Comunidades”. Por outro lado, uma certa preferência editorial do Facebook por este tipo de conteúdos. Certas páginas de facebook, dentro da referida categoria, possuem um número de utilizadores activos que não seria legítimo esperar. São páginas de grande dimensão, mas cujo alcance é amplificado pelo próprio facebook. Casos de páginas como “Tá Feio” – de carácter humorístico – cujos utilizadores activos são superiores ao seu número de aderentes.

As categorias de Marcas e Blogues/Comunidades ocupam virtualmente todo o Universo de Utilizadores Activos de Páginas de Fãs do Facebook.

Daqui se extraem as seguintes conclusões:

1. As páginas de fãs de facebook são um fenómeno essencialmente comunitário. Isto é, agregador de gostos e de preferências de carácter lúdico e humorístico (tendo em conta as características das páginas analisadas na categoria Blogues e Comunidades).
2. As marcas ocupam um lugar relevante na actividade dos utilizadores em geral, mas conseguem-no à custa de um grande número de páginas, e de uma grande dispersão.

Categorias	Audiência Acumulada de Utilizadores Activos
Marcas	727.594
Campanhas	16.790
Blogues / Comunidades	945.397
Pessoas	146.629
TOTAL ACUMULADO DE UTILIZADORES ACTIVOS	1.836.410

Tabela 6 - Audiência Acumulada de Utilizadores Activos

2.4 – Subcategorias de Marcas

A percentagem de utilizadores activos por subcategoria em relação ao total de utilizadores activos mostra-nos o tipo de interacção geral que os utilizadores estabelecem com as páginas. Podemos afirmar com segurança que a esmagadora maioria dos utilizadores de páginas as usa para consultar a comunicação social ou para comentar notícias, por exemplo. Daí se explica o elevado valor (37,57%) de utilizadores activos das páginas de comunicação social em relação à globalidade do Universo. A Comunicação Social é logo seguida (porém de longe) pelas subcategorias Desporto e Fitness, Arte Cultura e lazer, Serviços, Roupas Calçado e Acessórios e Viagens e Turismo. A Saúde, apesar da sua dimensão conseguida muito a custo das páginas dedicadas a doenças cancerígenas, é praticamente irrelevante para os Internautas. Ou seja, é por simpatia que os internautas aderem, e não porque desejam realmente envolver-se com a Liga Portuguesa contra o Cancro por exemplo – isto no que diz respeito ao panorama actual da saúde.

2.5 - Média de Fãs por Subcategoria de Marcas

Esta média representa as categorias de conteúdos mais atractivas e interessantes para uma nova página de conteúdos. Os valores maiores são aqueles que têm menos competição, mas ao mesmo tempo dimensão. Quando maior o número de páginas concorrentes, menor é (tendencialmente) a média de fãs por uma questão de dispersão e peso das páginas com menor dimensão. É o caso da subcategoria “Comunicação Social”, que apesar de ser uma das maiores tanto em número total de fãs, como em utilizadores activos, vê a sua média descer muitíssimo pelo efeito da muita competição que se faz sentir nesta subcategoria.

2.6 – Subcategoria Marcas: Saúde

Páginas na Área da Saúde – Nome	Número de Fãs	Utilizadores Activos
Liga Portuguesa contra o Cancro	485.052	3420
AMI - Assistência Médica Internacional	229.100	1.572
Associação Portuguesa Contra a Leucemia	149.046	2.208
Acreditar	22.862	364
Clínica de Estética Dentária Dr. Ricardo S. Marques	19.685	555
Médicos do Mundo Portugal	19.277	81
SPEM - Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla	19.045	229
Oficina de Psicologia - Psicoterapia para Todos	18.783	1.503
APLL - Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas	18.768	202
Ordem dos Psicólogos Portugueses	9.908	252
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica	9.664	380
Farmácias Portuguesas	8.683	169
Durex Portugal	8.228	299
Linha Cancro	7.295	51
Crioestaminal	6.690	38
Conselho Português de Ressuscitação	6.521	26
Lyfe	6.411	17
DentalToday, Implantology Center	5.521	52
IMT Instituto de Medicina Tradicional	4.457	94
APSA - Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger	3.977	46
APCM - Associação de Paralisia Cerebral da Madeira	3.776	16

Tabela 7 - Ranking Categoria Marcas: Saúde por Número Total de Fãs

No sector da saúde, o universo de páginas de fãs de facebook é dominado pela temática do Cancro. As páginas “Liga Portuguesa contra o Cancro” e “Associação Portuguesa contra a Leucemia”, respectivamente 1ª e 3ª classificadas do ranking reúnem mais de 700.000 fãs. Esta categoria é muito pouco ativa. De um total de mais de 1 milhão de fãs de audiência acumulada, apenas 13.000 são utilizadores activos (0,7% do total de utilizadores activos). Dentro do próprio universo, a relação mantém-se com cerca de 1,1 % de utilizadores em relação ao número total de fãs da categoria. Mais uma vez revelador do pouco dinamismo da categoria quando relacionada com outras categorias.

Categorias	Utilizadores Activos
Blogues e Comunidades	945.397,00
Campanhas	16.790,00
Marcas	727.594,00
Pessoas	146.629,00
TOTAL	1.836.410,00
Categoria Saúde	13.010,00
% Categoria Saúde	0,71

Tabela 8 - Utilizadores Activos por Categoria

O Universo da Saúde, em termos do número total de páginas de fãs, encontra-se muito fragmentado em pequenos negócios (como clínicas dentárias, clínicas de estética, etc.). O grosso da audiência acumulada pertence às marcas institucionais.

2.7 - Média em Percentagem de Utilizadores Activos por Categoria

Categorias	Percentagem Média de Utilizadores
	Activos
Marcas	2,95
Campanhas	1,27
Blogues / Comunidades	12,39
Pessoas	4,04

Tabela 9 - Percentagem Média de Utilizadores Activos por Categoria

Nesta análise obtivemos a média das percentagens de utilizadores activos de cada página, relativamente ao número total de fãs da categoria. Dos resultados concluímos que são as páginas classificadas como blogues/comunidades e pessoas que mais mobilizam os seus utilizadores, apresentando um muito maior dinamismo.

III Conclusões

- Com 2,3 milhões de utilizadores activos, o Facebook é uma referência incontornável na sociedade portuguesa, maior por exemplo que o Youtube ou Gmail.
- O Espaço de Páginas de Fãs do Facebook constituiu-se em termos da sua audiência total (activa e não activa) como um espaço para marcas, representando cerca de 63% do universo total.
- Em termos da sua interactividade e mobilização de utilizadores (utilizadores activos) o espaço de Páginas de Fãs do Facebook é dominado pelos blogues e comunidades, com conteúdos de carácter lúdico e humorístico, com cerca de 51% do total.
- As instituições que mais se aproximam do conceito de “Marca”, enquanto gestoras das percepções e atributos que o consumidor reúne sobre elas, são as que alcançam maior impacto e dimensão (Caso de Liga Portuguesa contra o Cancro, Médicos sem Fronteiras ou Fundação Serralves)
- As Páginas de Fãs do Facebook mais bem sucedidas são uma extensão da presença nos Meios de Comunicação Social Tradicionais (TV, Rádio). Isto é verdade em todas as categorias, inclusive “Pessoas”
- Se os Blogues e Comunidades , com o seu carácter lúdico, são a categoria que mais cativa efectivamente os utilizadores do facebook (51%) , a nível de “Marcas” o destaque a nível da utilização efectiva vai para os conteúdos que já existem na comunicação social tradicional (caso de programas de tv, jornais, rádios, etc.) com uma diferença esmagadora em relação aos outros tipos de marcas (cerca de 40% do universo total de utilizadores activos dentro da categoria)
- Dentro dos conteúdos que existem na comunicação social e que se destacam no facebook, são os lúdicos e humorísticos que obtêm melhores resultados (caso de NILTON)

- O número de fãs de uma página é por norma muito superior aos fãs que interagem efectivamente (utilizadores activos), mantendo-se em geral uma regra de 5% de utilizadores activos em relação ao número total de fãs de uma página.
- Desta regra deriva a seguinte dedução: Para um público de 5.000 utilizadores activos necessitamos de pelo menos 100.000 fãs no total.
- Dentro Sub-Universo “Marcas”, onde está o Universo da Saúde, é o “Desporto e Fitness”, a Saúde, e os Serviços, que angariam as maiores simpatias por parte dos utilizadores. A Média de Utilizadores, directamente relacionado com o número de páginas existentes, oferece-nos uma perspectiva das maiores oportunidades para novos “players”: Os temas são “Desporto e Fitness”, “Saúde”, e “Serviços”
- O Universo da Saúde em Páginas de Facebook é inteiramente dominado pela temática do cancro. Graças a páginas como “Liga Portuguesa contra o Cancro” a sua dimensão é relevante na audiência total; contudo o número de utilizadores activos (0,7% do total de utilizadores activos do Universo Geral) evidencia a pouca interactividade existente entre os conteúdos de Saúde e os seus utentes no facebook.

IV - Recomendação de Estratégia

1.1 – “Fitness” e “Saúde”

Os dados obtidos e analisados nas páginas precedentes sugerem a seguinte estratégia para a Direcção Geral de Saúde no âmbito das páginas de fãs do facebook:

1. **Criação de uma Página de Facebook com conteúdos temáticos directamente relacionados com “Fitness” e “Saúde”.** É nessa intersecção que se encontra o maior número total de fãs do Universo e o menor número de páginas criadas – e portanto de possível concorrência.
 - a. Os conteúdos deverão aproximar-se o mais possível do género “lúdico” sem serem impertinentes.
 - b. Para obter o maior sucesso, esses conteúdos devem estar ancorados nos órgãos de comunicação social clássicos: Rádio, TV, Jornais. Essa página deve constituir-se como submarca da DGS, que funciona como marca-mãe.

1.2 – Expansão do Conceito “Saúde 24”

No Universo da DGS, é a “Saúde 24” que obtém melhor probabilidade de sucesso em páginas de facebook tanto em dimensão total de fãs, mas principalmente em utilizadores activos dado o seu *modus operandis*.

- c. Em nossa opinião, é o projeto da DGS que melhor se constituiu como marca, na gestão da percepção dos seus atributos e valores por parte do consumidor.
- d. Para obter maior sucesso, o conceito Saúde 24 deve ser transposto não só para o Universo do Facebook, mas para os meios de comunicação social tradicionais. Como vimos, e nunca é de mais salientar perante a

força dos números, o sucesso de uma página está diretamente relacionado com a sua exposição mediática, pelo que a sinergia dos velhos com os novos media é fundamental tanto no número de fãs, como nos utilizadores activos.

V – Inovação

1.1 Um programa de TV (Conceito)

Conhecendo as limitações de recursos da Direcção Geral de Saúde, num contexto de crise internacional, não queremos deixar de oferecer uma perspectiva diferente sobre estratégias de entrada no facebook. A estratégia, alternativa, parte do princípio geral já identificado de que ao maior impacto mediático corresponde o maior impacto no facebook – no que diz respeito à categoria “Marcas” onde o sector da Saúde e a DGS em particular se incluem.

Parte do princípio de que entre os organismos públicos existem possibilidades de cooperação, dado que servem os mesmos fins. Parte também do princípio de que estabelecidas as conclusões racionais sobre a estratégia a seguir, surge espaço para o idealismo, romantismo e criatividade. Assumimos também os riscos de eventual ridicularização da ideia.

A proposta de trabalho é a constituição de uma parceria entre a Direcção Geral de Saúde e um dos canais públicos (RTP1 ou RTP2) para a criação de um *reality show* baseado no Serviço Nacional de Saúde.

Nesse *reality show*, inspirado na série “COPS”, série norte-americana que acompanha a polícia de Chicago nas suas rondas, captando o momento de captura dos criminosos, procuraria transmitir de forma verídica os dramas pessoais dos utentes e profissionais do SNS.

CONCEITO

Dramatizar o profissional de saúde do SNS como um herói ao serviço do cidadão. Demonstrar as dificuldades de atendimento que os profissionais de saúde do S.N.S. se deparam todos os dias, evidenciando os dramas e as tragédias do quotidiano, as lutas e sofrimentos tanto dos utentes, como dos profissionais de saúde. E apesar disso, o sucesso e a aprendizagem.

1.2 Fórmula Cinematográfica

A Fórmula Cinematográfica proposta, ao redor do conceito da série “COPS” é de *Cinema-Verité*. É um estilo de produção fílmica de documentários que combina técnicas naturalistas, com utilização de figuras de estilo na filmagem e na edição.

A filmagem prima pelo realismo, pela surpresa dos acontecimentos, não existe guião nem diálogos escritos. A câmara é utilizada para provocar o “sujeito”.

Exemplos deste género fílmico podem ser vistos na série “COPS” mas também nos filmes de Lars von Trier.

1.3 Segmentos do Programa

Cada programa de 30 minutos tem três episódios referentes a histórias reais ocorridas no S.N.S. Cada episódio recorre à seguinte estrutura:

1. GANCHO (4-5min)

(Segmento Rápido de Acção para agarrar o espectador)

(Os momentos mais dramáticos quando alguém entra numa urgência por exemplo; ou quando visita um doente internado; ou após uma operação ou o reencontro de familiares no pós-operatório, etc.) ou antes de uma operação.

2. DESENVOLVIMENTO (15-20min)

(Segmento mais lento, contar da história)

Neste segmento procura contar-se a história da ocorrência, obtendo opiniões dos participantes, recolhendo depoimentos em *flashback*. Após os momentos dramáticos iniciais, este segmento constrói a história propriamente dita. Os intervenientes explicam na primeira pessoa Quem São, onde estão, Como chegaram ali, e porque estão ali. O profissional de saúde pode neste segmento recordar histórias semelhantes e estabelecer termos de comparação.

3.CONCLUSÃO (4-5min)

(Reflexão Pessoal, em jeito de conclusão, dos intervenientes sobre os acontecimentos, preferencialmente do profissional de saúde – (o Herói).

Neste segmento o profissional de saúde encerra, com sucesso, a ocorrência. Nas situações em que alguma coisa mal, tem de ficar sempre explícito que o profissional de saúde fez tudo o que estava ao seu alcance.

O utente exprime agradecimento pelo bom serviço e estabelece projectos para o futuro em relação ao tratamento da sua doença, e sobre as melhores formas de prevenir novas ocorrências.

1.4 Epílogo: Benefícios da Realização do Reality-Show denominado “Serviço Nacional de Saúde” Considerações Gerais.

Realizar um programa deste tipo, experimental, implica em primeiro lugar uma grande coragem e uma boa dose de loucura, tendo em conta que não conhecemos outra ocasião em que tal tenha sido experimentado num ambiente hospitalar. A única originalidade é a transposição do conceito, obviamente inspirado na série “COPS”.

O Serviço Nacional de Saúde é conhecido pelas suas falhas. No facebook existe inclusive um “Hate Group”, designação dada aos grupos especificamente constituídos para manifestar ódio e repugnância acerca de algo, chamado “Eu sobrevivi ao Serviço Nacional de Saúde”. As demoras nos atendimentos, casos recentes como os da Cegueira de doentes hospitalizados no Sta. Maria por troca de medicamentos ou dos hemofílicos infectados com sangue contaminado com o vírus VIH, naturalmente desgastaram a imagem e reputação de um serviço que, apesar de tudo, funciona e principalmente está acessível a preços muito baixos em todo o território português a qualquer cidadão. Os seus centros de saúde são uma das maiores conquistas da sociedade portuguesa desde 1974.

Portugal não tem os recursos tecnológicos comparáveis a outros países de maior dimensão económica. Nem se espera que venha a ter, dada a estrutura deficitária do nosso sistema económico, sempre muito afecta aos recursos do Estado, e a nossa cultura, pouco empreendedora. Excepções existirão com certeza, mas não podemos viver de excepções. Ao mesmo tempo somos o povo mais sonhador do mundo – fomos nós que realizámos os descobrimentos – e também dos mais fraterno: acolhemos centenas de milhares de retornados em 1974. Somos um povo profundo com imensas qualidades humanas mas muitas vezes líderes pouco honestos e qualificados. Virtudes e qualidades possuímos, sem os meios técnicos e a liderança necessária. Bastará olhar a comunidade portuguesa em França e no Luxemburgo para perceber a dimensão da nossa tragédia cultural, muitas vezes alavancada em nepotismos quase medievais.

Exaltemos portanto essas virtudes e qualidades inatas, transformemos a humanidade dos profissionais de saúde em vantagem competitiva. Tudo do que necessitamos é de focar a atenção nos aspetos em que o S.N.S. se pode constituir como vantagem competitiva num contexto de globalização e mobilidade internacional de doentes, face aos seus parceiros europeus: nas qualidades humanas dos nossos enfermeiros e médicos. Para focar essa atenção apenas precisamos da lente de uma objetiva de televisão. Histórias emocionantes, cheias de ternura, humanidade, coragem e profissionalismo, temos muitas para contar. E há muitos doentes por esse mundo fora, sem remédio, sem cura, a quem já só podemos contar uma boa história.

Autopoiesis em Redes Sociais: Exemplo da estratégia de implementação do canal de facebook da Direcção Geral de Saúde

As tentações de vivermos num mundo rodeado de certezas são muitas: pelas nossas inclinações políticas, pelos dados que julgamos ver reproduzidos no espelho do mundo. As nossas convicções dizem-nos que as coisas não poderiam ser de outra maneira, e no entanto existe um ponto cego na nossa consciência (Maturana & Varela 1992) ao qual dificilmente temos acesso, e de que procuraremos tratar neste capítulo, ao estudarmos o fenómeno do conhecimento e de como ele ocorre, nomeadamente no que diz respeito às redes sociais na Internet. Na determinação do ponto cego da nossa consciência, para além dos nossos compromissos interiores, reside a dificuldade em termos da análise da nossa cognição. É a descoberta desse ponto cego que procuraremos levar a cabo.

Segundo a Autopoiesis de Maturana e Varela, esse ponto cego é a carga da nossa própria estrutura cognitiva em fenómenos perceptivos. Através de experimentações, é possível comprovar como a nossa percepção da cor está dependente dos nossos mecanismos neurais e que nada têm a ver com os comprimentos de onda da cor. Tal facto aplica-se a qualquer outro fenómeno cognitivo.

Conhecer como se conhece é um dos princípios fundadores da autopoiesis, e é simultaneamente algo a que não estamos habituados na nossa cultura ocidental. Revemo-nos, na nossa cultura ocidental, sob o prisma da acção. Contemplar o nosso próprio reflexo, no acto de nos conhecermos a nós mesmos, parece ser quase uma efabulação oriental, frase mística. Mas é condição *sine qua non* para que possamos atingir o ponto cego, o ponto não visível da nossa experiência.

Pode atribuir-se essa confusão ao facto de utilizarmos o instrumento de análise para analisar o instrumento de análise. Isto é, utilizamos o acto de conhecer para conhecer o acto de conhecer. Também da mesma forma, a complementaridade do que conhecemos é intransigente com a nossa inter-relação com o mundo. No acto de conhecer somos inseparáveis dos elementos que nos ligam ao processo. Da nossa relação com o mundo, seja ela com o nosso vizinho do lado, com as nossas crianças, com as nossas guerras, por vezes triviais. Tudo isso constitui o acto de conhecer.

O objecto lá fora não existe sem essa experiência da estrutura humana, nos seus processos, na integração dos seus elementos. Todo o acto de conhecer produz um mundo, e é na circularidade entre saber e fazer que esse mundo é recriado. É por isso que Maturana e Varela (1992) dizem que todo o saber é fazer e todo o fazer é saber.

Não devemos referir-nos apenas à nossa experiência física, mas também à nossa experiência reflexiva, estudando os fenómenos da linguagem por exemplo. É na linguagem que encontramos o nosso modo mais humano de comunicação e simultaneamente, quando comunicamos, produzimos mundos. Daí o segundo aforismo: Tudo o que é dito é dito por alguém.

Um ser vivo reconhece-se pela sua organização, pela percepção que temos dessa organização. São as relações entre os vários elementos que definem aquilo que entendemos por organização de alguma coisa. Nessa organização, o que os distingue é a sua capacidade de se produzirem continuamente a si mesmos – inclusivamente na sua capacidade cognitiva - e é este elemento que os distingue, enquanto classe, do que por exemplo, digamos, a classe das cadeiras. A esta forma de auto-organização chama-se organização autopoietica.

Entre nós e o mundo uma fronteira que podemos classificar de membrana que está em permanente ligação com o mundo exterior, contudo a integração dos seus elementos é autoreferencial. Ao estar imersa no todo, a célula organiza-se interiormente, é auto-referencial, através da sua própria dinâmica interna está continuamente a auto-reproduzir-se e essa é a proposta de Maturana e Varela também para o conhecimento.

Segundo esta teoria (wikipedia, sem data) um ser vivo é um sistema autopoietico, caracterizado como uma rede fechada de produções moleculares (processos), onde as moléculas produzidas geram com suas interações a mesma rede de moléculas que as produziu. A conservação da autopoiese e da adaptação de um ser vivo ao seu meio são condições sistémicas para a vida. Portanto um sistema vivo, como sistema autónomo está constantemente a autorreproduzir-se, autorregulando, e sempre mantendo interacções com o meio, onde este apenas desencadeia no ser vivo mudanças determinadas em sua própria estrutura, e não por um agente externo.

Decidimos, para o facebook, introduzir os elementos da autopoiesis, para tentar descobrir como é que um novo organismo se pode introduzir no todo, sendo que este

todo é também autorreferencial, faz parte de um conjunto de sensibilidades que definem todo o universo de páginas possíveis. A Página da Direcção Geral de Saúde iria estabelecer-se nesse organismo vivo de páginas. Estudar esse organismo foi portanto um imperativo, para perceber como ele se auto-determina, como ele se autorreproduz, e de que forma poderíamos colocar a nossa parte nesse todo sem sermos invasivos e obtendo os melhores garantias de sermos bem sucedidos numa zona de pouca concorrência. Queríamos que a nossa página de facebook estivesse continuamente a autorreproduzir-se com o todo do universo em estudo. Procurámos descobrir o “ponto cego” através da análise do todo do organismo vivo de páginas de facebook, geradas e consumidas por pessoas, em processos cognitivos comuns.

Todo o conhecimento depende da estrutura daquele que conhece. E aquele que conhece, produz uma acção: o acto de conhecer que está enraizado no seu ser vivo, na sua organização autopoietica. É necessário conhecer esses processos como um todo. Como sabemos, a autopoiesis tem as suas raízes no entendimento dos seres vivos e tentamos neste trabalho entender o facebook como constituído de seres vivos que se integram uns nos outros por meio electrónico. Contudo para nós é particularmente interessante o momento de acumulação e diversificação das moléculas formadas por cadeias de carbono ou moléculas orgânicas, já que os átomos orgânicos podem formar, sozinhos e com a participação de muitos outros tipos de átomos, um número ilimitado de cadeias diferentes em tamanho, ramificações, composição, a diversidade morfológica e química das moléculas orgânicas é em princípio infinita.

Quando as transformações moleculares da terra primitiva atingiram determinado ponto, tornou-se possível a formação de sistemas de reacções moleculares de um tipo particular. Ou seja, a diversificação e plasticidade possíveis na família de moléculas orgânicas possibilitaram, por sua vez, a formação de redes de reacções moleculares que produzem os mesmos tipos de moléculas que as integram, ao passo que limitam o contorno espacial em que se realizam. Tais redes e interacções moleculares que se produzem a si mesmas e especificam os seus próprios limites são, na autopoiesis, chamados de seres vivos.

De uma extremidade a outra do facebook existem seres vivos, e se podemos destacar o sucesso desta rede social de alguma forma, foi porque soube entender as grandes preocupações e sensibilidades do ser humano, primeiramente no âmbito local

da Universidade de Harvard e depois para o mundo. No facebook é possível a um indivíduo, assim como na generalidade das outras redes sociais como myspace, friendster ou linked in²¹ apresentar-se a si mesmo, articular a sua rede social e estabelecer ligações electrónicas com outros (Ellison & Steinfield 2007). O facebook permite aos seus utilizadores apresentarem-se a si mesmos num perfil online, acumular amigos que podem fazer e receber comentários e ver os perfis uns dos outros. O facebook permite também que o utilizador adira a grupos de interesses.

Mas como reconhecer os seres vivos por detrás das ligações electrónicas do facebook? A autopoiesis propõe uma resposta a essa pergunta de forma radicalmente diferente da tradicional enumeração de propriedades, o que simplifica o problema tremendamente.

Para entender essa mudança de perspectiva, precisamos de perceber que só o facto de perguntarmos como se constitui um ser vivo indica que temos uma ideia, mesmo que rudimentar, de como ele se constitui, ou seja, da sua organização.

O que é a organização de algo? É ao mesmo tempo simples e potencialmente complicado. São aquelas relações que precisam de ocorrer ou existir para que esse algo aconteça. Essa situação em que reconhecemos implícita ou explicitamente a organização de um objecto, quando o indicamos ou distinguimos, é universal por ser algo que fazemos constantemente. Um acto cognitivo básico que consiste em gerar nada mais nada menos do que classes de qualquer tipo. Assim, a classe de cadeiras deve ser definida pelas relações que devem acontecer para que eu classifique algo como uma cadeira. Qual a organização que define os seres vivos como classe? A proposta da autopoiesis é que os seres vivos se caracterizam por, literalmente, produzirem-se continuamente a si mesmos, organização autopoietica é pois aquela que acontece quando a relação dos elementos entre si é auto-referencial.

Podemos pois comparar a estrutura do facebook como uma unidade autopoietica que está dinamicamente relacionada numa rede de interacções, e em que cada interacção não pode ser vista isoladamente mas sim nas relações que se estabelecem no todo com o todo. Se quisermos o referencial bio-químico desta noção, encontramos o termo colectivo de “metabolismo celular”.

²¹ Orientada para o mundo empresarial

Os seres vivos caracterizam-se pela sua organização auto-poiética. Diferenciam-se entre si por terem estruturas diferentes, mas são iguais na sua organização. Possuir uma organização é próprio não só dos seres vivos, mas de todas as coisas que podemos analisar como sistemas. No entanto o que os distingue é a sua organização ser tal que seu único produto são eles mesmos, inexistindo separação entre produtor e produto. O ser e o fazer de uma unidade autopoietica são inseparáveis, e esse constitui o seu modo específico de organização.

Portanto, se uma célula interage com uma molécula x, incorporando-a nos seus processos, o que ocorre como consequência dessa interacção é determinado não pelas propriedades da molécula x, mas pelo modo como essa molécula é vista ou tomada pela célula.

O termo autopoiesis foi inventado para definir o que é a vida. Mas o termo autopoiesis pode estender-se a outros sistemas, como sistemas psíquicos e sociais e Niklas Luhmann deu conta disso (Geyer & Zouwen 1986). Os sistemas sociais, na sua vertente tecnológica como é o caso do facebook, usam a comunicação como o seu modo particular de reprodução autopoietica. Os elementos que as constituem são comunicações que são continuamente produzidas e reproduzidas e que não podem existir fora dessa rede de comunicações.

Segundo a autopoiesis também (Maturana & Varela 1992), dois organismos ao interagir recorrentemente, geram um acoplamento social em que se envolvem de modo recíproco na realização das suas respectivas autopoiesis. As condutas que ocorrem nesses domínios de acoplamentos sociais são comunicativas e podem ser inatas ou adquiridas. Como observadores o estabelecimento ontogênico de um domínio de condutas comunicativas pode ser descrito como o estabelecimento de um domínio de condutas coordenadas associáveis a termos semânticos.

As classes formadas na nossa inventariação do universo de facebook (marcas, pessoas, blogues e comunidades e campanhas) pretenderam delimitar o espaço de acontecimento da autopoiesis, aceitando a sua complexidade (Morin 2008) sem receio que fenómenos complexos pudessem perturbar a nossa análise.

AMOSTRA A – CATEGORIA “PESSOAS” (Dimensão: 25/298 total)

Nome	Categoria	Fãs	Actividade da Página (Utilizadores Activos)	% de Utilizadores Activos na Página
NILTON	<i>Pessoas / Arte, Cultura e Lazer</i>	360.094	32.618	9,06
Nuno Markl	<i>Pessoas / Arte, Cultura e Lazer</i>	272.094	7.043	2,59
Fernando Alvim	<i>Pessoas / Arte, Cultura e Lazer</i>	190.802	763	0,40
Rita Pereira	<i>Pessoas / Arte, Cultura e Lazer</i>	158.345	1.957	1,24
Samuel Massas	<i>Pessoas / Arte, Cultura e Lazer</i>	114.791	6.963	6,07
Luis de Mactos	<i>Pessoas / Arte, Cultura e Lazer</i>	54.258	701	1,29
David Carreira – Oficial	<i>Pessoas / Arte, Cultura e Lazer</i>	40.789	4.916	12,05
Manuel Luís Goucha – TVI	<i>Pessoas / Comunicação Social</i>	265.736	15.571	5,86
Cristina Ferreira – TVI	<i>Pessoas / Comunicação Social</i>	238.788	23.421	9,81
Rui Unas	<i>Pessoas / Comunicação Social</i>	76.489	2.879	3,76
Pedro Fernandes	<i>Pessoas / Comunicação Social</i>	55.375	5.076	9,17
Filomena Cautela	<i>Pessoas / Comunicação Social</i>	55.049	446	0,81
Aníbal Cavaco Silva	<i>Pessoas / Governo e Instituições Públicas</i>	134.530	7.758	5,77
Pedro Abrunhosa	<i>Pessoas / Música</i>	201.719	5.386	2,67
David Fonseca	<i>Pessoas / Música</i>	178.115	9.357	5,25
Pete Tha Zouk	<i>Pessoas / Música</i>	175.793	3.707	2,11
Rita Guerra	<i>Pessoas / Música</i>	117.282	7.706	6,57
João Pedro Pais	<i>Pessoas / Música</i>	84.056	1.584	1,88
Mafalda Veiga	<i>Pessoas / Música</i>	81.057	1.151	1,42
Diego Miranda FAN				
PAGE	<i>Pessoas / Música</i>	63.832	3.599	5,64
Ana Free	<i>Pessoas / Música</i>	61.555	587	0,95
Mariza Oficial	<i>Pessoas / Música</i>	45.533	883	1,94

Richie Campbell	<i>Pessoas / Música</i>	42.873	1.230	2,87
Carolina Deslandes	<i>Pessoas / Música</i>	41.199	73	0,18
Pedro Passos Coelho	<i>Pessoas / Política</i>	74.784	1.254	1,68
TOTAIS		3.184.938	146.629	4,04
Número de Páginas na Categoria		25		

AMOSTRA A – CATEGORIA “Campanhas” (Dimensão: 11/298)

Nome	Categoria	Fãs	Actividade da Página (Utilizadores Activos)	% de Utilizadores Activos na Página
Histórias Felizes para Comer	<i>Campanhas / Alimentação e Bebidas</i>	113.146	2.340	2,07
Receitas Oliveira da Serra	<i>Campanhas / Alimentação e Bebidas</i>	79.958	591	0,74
FÃS do "Queijo Serra da Estrela"	<i>Campanhas / Alimentação e Bebidas</i>	60.061	606	1,01
Portugal é Nobre	<i>Campanhas / Alimentação e Bebidas</i>	42.423	1.025	2,42
EU AMO VOCÊ	<i>Campanhas / Arte, Cultura e Lazer</i>	497.215	7.170	1,44
Conte Connosco	<i>Campanhas / Banca e Seguros</i>	88.994	293	0,33
Chef Online	<i>Campanhas / Comércio e Vendas</i>	79.978	736	0,92
Nike Running Portugal	<i>Campanhas / Roupas, Calçado e Acessórios</i>	67.811	1.407	2,07
Vodafone Música	<i>Campanhas / Serviços</i>	77.789	2.130	2,74
Obrigado Bombeiros Portugueses	<i>Campanhas / Serviços</i>	51.200	47	0,09

Dê Colo à Ajuda de Berço	<i>Campanhas / Sociedade</i>	356.670	445	0,12
TOTAIS		1.515.245	16.790	1,27
Número de Páginas na Categoria	<i>11</i>			

AMOSTRA A – CATEGORIA “Blogues e Comunidades”

(Dimensão: 70/298)

Nome	Categoria	Fãs	Actividade da Página (Utilizadores Activos)	% de Utilizadores Activos na Página
Tá Bonito	<i>Blogs e Comunidades / Blogs</i>	757.845	61.495	8,11
MoreThan100Words	<i>Blogs e Comunidades / Blogs</i>	186.883	15.878	8,50
Tipo Cala-te	<i>Blogs e Comunidades / Blogs</i>	180.399	26.440	14,66
Tá Fixe	<i>Blogs e Comunidades / Blogs</i>	158.992	39.310	24,72
Ainanas.com	<i>Blogs e Comunidades / Blogs</i>	142.239	39.254	27,60
Vamos LIMPAR Portugal dos MAUS TRACTOS e ABANDONOS...	<i>Blogs e Comunidades / Blogs</i>	129.261	4.030	3,12

	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
PDL - Puta da Loucura	<i>Blogs</i>	90.268	11.300	12,52
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
As minhas Receitas by Colher-de-Pau	<i>Blogs</i>	82.301	922	1,12
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
4 Jolas	<i>Blogs</i>	65.529	2.250	3,43
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
FB leaks	<i>Blogs</i>	55.492	2.534	4,57
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
Funny Stuff blog	<i>Blogs</i>	51.534	347	0,67
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
Kim Jong-Il looking at things	<i>Blogs</i>	48.769	1.836	3,76
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
Coiso e tal	<i>Blogs</i>	44.081	1.034	2,35
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
365 coisas que posso fazer... para diminuir a minh...	<i>Blogs</i>	41.729	133	0,32
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
Se forem falar mal de mim chamem-me, sei coisas te...	<i>Blogs</i>	41.523	13.170	31,72
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
Sou Mulher	<i>Comunidades</i>	212.944	2.732	1,28
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
Sporting CLube de Portugal - Site de Apoio	<i>Comunidades</i>	155.320	15.824	10,19

Comunidade Portugal	<i>Blogs e Comunidades / Comunidades</i>	89.257	940	1,05
Portal dos Dragões	<i>Blogs e Comunidades / Comunidades</i>	44.877	845	1,88
EU VI ESTE VÍDEO ATÉ AO FIM E NEM QUERIA ACREDIT...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	519.266	5.184	1,00
"Necessito de um abraço. Não perguntes, não..."	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	490.220	3.909	0,80
Anti-benfica	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	275.879	15.532	5,63
Adopção de Animais	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	264.252	13.448	5,09
O Meu Quarto Desarruma-se Sozinho...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	259.341	1.171	0,45
cenasmradas	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	246.751	117.833	47,75
Benfiquistas Página Oficial	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	238.063	719	0,30
VAMOS AJUDAR O GUSTAVO	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	193.761	1.910	0,99
Anti-Tourada	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	187.213	2.664	1,42

Tá Feio	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	183.995	198.298	107,77
Eu ainda sou do tempo dos escudos!!!!	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	180.773	606	0,34
Caracois e imperiais	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	180.315	380	0,21
Eu Sou Do Tempo Do Hugo	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	180.008	3.913	2,17
NÃO RESISTO A ESTOIRAR O PLÁSTICO DE BOLHAS DE A...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	164.705	683	0,41
Guardar eu guardei, mas onde?	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	162.437	389	0,24
Grupo de Pessoas que NÃO jogam FarmVille	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	155.590	84	0,05
Quantos SPORTINGUISTAS Somos ?	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	152.837	0	0,00
Pensar Positivo	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	136.643	30.433	22,27
1M de 'Gostos' e a minha mulher aceita chamar o no...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	133.569	2.311	1,73
Por mais que tente, não consigo dizer esta palavr...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	124.163	258	0,21

Já Foste	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	121.773	52.399	43,03
Odeio as pessoas que avisam os professores de que ...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	120.492	954	0,79
Aposto que depois deste Mundial o Eduardo fica com...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	118.896	48	0,04
25 coisas divertidas para fazeres no Mc Donald's	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	115.665	285	0,25
Ya, ok, sim, ya, ya, ok, sim, ok, eu sei, ok, sim ...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	109.480	505	0,46
1 million fans of Portugal	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	106.604	5.088	4,77
inspire me	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	99.249	7.703	7,76
Sou Português - não concordo com o novo acordo o...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	90.258	92	0,10
Dioguinho - O Noivo Encornado	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	86.937	28.499	32,78
Frases para reflectir	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	85.503	40.973	47,92
Eu Vi O Porto Dar 5-0 Ao Benfica	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	82.157	2.705	3,29

Se tu quiseses já somos dois a querer	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	76.685	18.793	24,51
Pessoas que adoram dormir no Sofá	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	76.524	766	1,00
Helio Imaginario a quem o medo nao assiste	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	68.513	390	0,57
Extreme/Extravaganza: Quero a mensalidade = a Sald...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	68.136	37	0,05
Vamos eleger o Gerês como uma das 7 Maravilhas Na...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	67.790	424	0,63
Quem me dera ter tanto sono a noite como tenho de ...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	64.157	95	0,15
10 erros épicos de Photoshop!!!	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	60.326	34	0,06
Queremos a Selecção com bigode na África do Sul	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	58.527	17	0,03
LISBOA - Guia de sítios onde se pode comer bem, p...	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	55.221	238	0,43
FARTO DE OUVIR ESTA GAJA	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	54.368	1.365	2,51
PUTO O MEDO É UMA CENA QUE A MIM NÃO ME ASSISTE	<i>Blogs e Comunidades / fBlogs</i>	53.379	1.799	3,37

	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
sou fã de mim proprio	<i>fBlogs</i>	47.314	3.056	6,46
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
Assim Você me Mata	<i>fBlogs</i>	46.300	43.887	94,79
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
Portistas Página Oficial	<i>fBlogs</i>	45.973	73	0,16
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
TODOS A RIR	<i>fBlogs</i>	41.297	12.296	29,77
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
Mestre Yoda	<i>fBlogs</i>	41.187	63.946	155,26
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
Não te mates não	<i>fBlogs</i>	40.953	18.174	44,38
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
FIZZ LIMÃO - EU QUERO!	<i>fBlogs</i>	40.946	527	1,29
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
Ainda te lembrs disto?	<i>fBlogs</i>	40.678	36	0,09
	<i>Blogs e Comunidades /</i>			
Eu sou fã do nosso Alentejo!	<i>Grupos de fãs</i>	113.394	194	0,17
TOTAIS GERAIS		9.307.706	945.397	12,39
Número de Páginas na Categoria		70		

AMOSTRA A – CATEGORIA “Marcas” (Dimensão: 192/298 total)

Nome	Categoria	Fãs	Actividade da Página (Utilizadores Activos)	% de Utilizadores Activos na Página
Super Bock	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	172.897	1.681	0,97
Sumol	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	141.233	4.123	2,92
Fanta Portugal	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	133.997	1.914	1,43
M&M's Portugal	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	116.836	4.589	3,93
Martini Portugal	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	111.174	1.093	0,98
Licor Beirão	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	90.990	1.596	1,75
Pepsi Portugal	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	89.876	2.623	2,92
Lipton Portugal	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	79.008	2.363	2,99
Cornetto - da Olá	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	75.505	2.473	3,28
Olá Gelados	<i>Marcas / Alimentação e</i>	71.709	1.450	2,02

	<i>Bebidas</i>			
Um Bongo	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	70.144	1.788	2,55
Compal	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	67.555	1.819	2,69
Mega Mystery Gum Portugal	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	60.479	982	1,62
Nestlé Portugal	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	53.957	1.505	2,79
Cerveja Sagres	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	52.182	2.484	4,76
A Vaca que ri	<i>Marcas / Alimentação e Bebidas</i>	47.234	1.101	2,33
Alimentação e Bebidas		1.434.776	33.584	2,50
Rock in Rio Lisboa	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	237.760	4.020	1,69
Optimus Alive	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	187.433	6.555	3,50
Sudoeste tmn	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	177.017	3.087	1,74
Casa da Música	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	153.748	1.956	1,27
PlayStation Portugal	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	147.048	1.771	1,20
Serralves	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	106.263	1.142	1,07

Paramount Pictures Portugal - Cinema	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	87.967	28.499	32,40
Quinta da Regaleira	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	87.157	1.079	1,24
PES2011 PT	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	75.616	2.154	2,85
O Sexo e a Cidade 2	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	71.391	820	1,15
ZON Lusomundo	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	68.840	1.494	2,17
Lux Frágil	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	65.477	3.622	5,53
Universal Pictures Portugal - Cinema	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	63.564	500	0,79
Sumol Summer Fest	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	60.590	1.535	2,53
Warner Bros. Portugal	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	50.260	2.295	4,57
Tamariz	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	49.352	95	0,19
Super Bock Super Rock	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	47.647	1.841	3,86
Os Smurfs	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	42.661	412	0,97
Festas de Lisboa	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	42.454	118	0,28
Badoca Safari Park	<i>Marcas / Arte, Cultura e Lazer</i>	40.213	1.084	2,70
Arte, Cultura e Lazer		1.862.458	64.079	3,58
Worten	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	325.437	1.308	0,40

Fnac Portugal	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	293.848	5.928	2,02
Standvirtual	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	122.028	2.140	1,75
Coisas.com	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	75.355	867	1,15
Leiloes.net	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	73.947	539	0,73
CustoJusto	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	73.569	585	0,80
Ericeira Surf Shop	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	71.193	681	0,96
OLX Portugal	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	68.433	4.037	5,90
Dolce Vita	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	65.560	2.678	4,08
Sport Zone	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	52.950	317	0,60
El Corte Inglés Portugal	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	51.557	1.057	2,05
Staples Portugal	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	48.680	843	1,73

Perfumes & Companhia	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	47.295	2.567	5,43
O Boticário	<i>Marcas / Comércio e Vendas</i>	45.354	920	2,03
Comércio e Vendas		1.415.206	24.467	2,12
5 para a meia noite	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	564.612	9.004	1,59
Secret Story - Casa dos Segredos	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	473.195	3.495	0,74
Rádio Comercial	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	433.686	23.558	5,43
CIDADE FM	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	410.745	9.419	2,29
RFM	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	403.819	23.559	5,83
MTV PORTUGAL	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	371.455	5.354	1,44
Caderneta de Cromos	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	268.178	1.097	0,41
PAGA O QUE DEVES	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	247.045	964	0,39

Público	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	230.937	13.953	6,04
Querido, mudei a casa!	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	228.785	1.227	0,54
Ídolos	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	202.661	1.059	0,52
Morangos com Açúcar	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	201.298	3.513	1,75
Antena 3	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	189.073	2.210	1,17
MEGA FM	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	158.990	4.678	2,94
www.record.pt	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	147.347	11.587	7,86
Último a Sair - RTP	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	141.736	229	0,16
Gacto Fedorento: Esmiúça os Sufrágios	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	139.724	403	0,29
Salve-se Quem Puder	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	137.244	917	0,67
Semanário SOL	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	127.721	6.354	4,97

Bruno Aleixo	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	127.194	1.077	0,85
Revista Visão	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	116.459	7.878	6,76
Facebook Portugal	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	109.845	2.238	2,04
Diário Económico	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	106.244	4.172	3,93
M80 Rádio - Portugal	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	105.999	6.267	5,91
SIC	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	99.881	1.217	1,22
SÁBADO	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	98.502	5.182	5,26
TVI	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	96.882	3.839	3,96
SIC Notícias	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	92.980	3.309	3,56
Correio da Manhã	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	91.730	8.701	9,49
Time Out Lisboa	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	88.327	1.093	1,24

Curto Circuito SIC Radical	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	88.231	4.357	4,94
Lua Vermelha	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	88.008	384	0,44
A BOLA	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	87.645	2.129	2,43
Laços de Sangue	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	87.504	556	0,64
Revista Happy Woman	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	85.788	8.797	10,25
SIC Radical	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	83.453	1.965	2,35
FOX Life Portugal	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	82.160	2.674	3,25
Alta Definição	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	81.000	1.198	1,48
RTP	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	78.552	2.091	2,66
Expresso	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	76.822	2.549	3,32
LADO B, com Bruno Nogueira	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	76.491	942	1,23

Inimigo Público	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	75.667	2.677	3,54
Jornal de Notícias	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	74.519	3.017	4,05
Maisfutebol	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	74.500	7.063	9,48
TSF - Rádio Notícias	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	72.626	1.857	2,56
Jornal de Negócios Online	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	72.260	3.576	4,95
RÁDIO NOVA ERA (PORTUGAL)	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	65.934	6.114	9,27
Prova Oral	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	64.014	579	0,90
Peso Pesado - SIC	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	63.414	218	0,34
Fama Show	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	61.563	1.355	2,20
SPORT TV	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	60.296	2.082	3,45
fugas	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	58.457	2.050	3,51

Liga dos Últimos	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	55.219	852	1,54
A Voz de Portugal - RTP	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	55.098	7.371	13,38
Lisboa Cultural	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	53.884	274	0,51
Ana na 3	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	53.234	2.455	4,61
Perdidos na Tribo - Famosos	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	52.873	89	0,17
SAPO	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	51.559	1.523	2,95
petiscos.com	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	50.858	1.085	2,13
ionline	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	50.372	4.411	8,76
Querida Júlia	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	47.375	2.955	6,24
Blitz	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	46.835	2.572	5,49
Citador	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	46.469	3.733	8,03

FOX Portugal	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	45.956	2.496	5,43
Bombas da Bola	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	43.173	14	0,03
Ingrediente Secreto	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	42.704	1.603	3,75
Hiper Fm	<i>Marcas / Comunicação Social</i>	40.710	970	2,38
Comunicação Social		8.607.517	258.186	3,46
Sport Lisboa e Benfica	<i>Marcas / Desporto e Fitness</i>	1.014.824	60.427	5,95
Futebol Clube do Porto	<i>Marcas / Desporto e Fitness</i>	431.239	15.378	3,57
Sporting Clube de Portugal	<i>Marcas / Desporto e Fitness</i>	245.089	23.087	9,42
Marcas, Desporto e Fitness		1.691.152	98.892	6,31
Escola de Condução Radical	<i>Marcas / Ensino e Formação</i>	42.527	206	0,48
Alfa	<i>Marcas / Ensino e Formação</i>	41.506	255	0,61
Ensino e Formação		84.033	461	0,55
Samsung Portugal	<i>Marcas / Equipamentos e</i>	112.322	4.918	4,38

	<i>Electrodomésticos</i>			
Nokia Portugal	<i>Marcas / Equipamentos e Electrodomésticos</i>	80.832	2.218	2,74
Bimby Portugal	<i>Marcas / Equipamentos e Electrodomésticos</i>	49.657	1.144	2,30
LG Portugal	<i>Marcas / Equipamentos e Electrodomésticos</i>	41.764	256	0,61
Equipamentos e Eletrodomésticos		284.575	8.536	2,51
Moviflor	<i>Marcas / Mobiliário e Decoração</i>	53.032	1.511	2,85
Mobiliário e Decoração		53.032	1.511	2,85
HOMENS DA LUTA	<i>Marcas / Música</i>	422.196	8.202	1,94
BURAKA SOM SISTEMA	<i>Marcas / Música</i>	116.536	4.446	3,82
Deolinda	<i>Marcas / Música</i>	107.299	1.412	1,32
Aurea	<i>Marcas / Música</i>	74.860	2.659	3,55
Expensive Soul	<i>Marcas / Música</i>	68.284	1.344	1,97
The Gift	<i>Marcas / Música</i>	44.642	1.001	2,24
Música		833.817	19.064	2,47
PARTIDO PELOS ANIMAIS	<i>Marcas / Política</i>	53.830	145	0,27
Política		53.830	38.273	2,20
Efeito Axe	<i>Marcas / Produtos de Grande Consumo</i>	104.919	2.345	2,24

Pedigree	<i>Marcas / Produtos de Grande Consumo</i>	103.784	581	0,56
Purina Portugal	<i>Marcas / Produtos de Grande Consumo</i>	101.505	775	0,76
Cabelo Pantene	<i>Marcas / Produtos de Grande Consumo</i>	79.899	7.691	9,63
Gillette Portugal	<i>Marcas / Produtos de Grande Consumo</i>	47.509	315	0,66
Herbal Essences Portugal	<i>Marcas / Produtos de Grande Consumo</i>	45.597	3.536	7,75
Estee Lauder Portugal	<i>Marcas / Produtos de Grande Consumo</i>	44.742	813	1,82
Produtos de Grande Consumo		527.955	16.056	3,35
Pizza Hut Portugal	<i>Marcas / Restaurantes, Bares e Cafés</i>	82.263	3.704	4,50
Merry Cupcakes	<i>Marcas / Restaurantes, Bares e Cafés</i>	60.276	2.408	3,99
Telepizza Portugal	<i>Marcas / Restaurantes, Bares e Cafés</i>	56.409	1.655	2,93
O Melhor Bolo de Chocolate do Mundo	<i>Marcas / Restaurantes, Bares e Cafés</i>	49.575	1.433	2,89

Restaurantes, Bares e Cafés		248.523	9.200	3,58
Nike Football Portugal	<i>Marcas / Roupa, Calçado e Acessórios</i>	471.336	3.379	0,72
Swatch Portugal	<i>Marcas / Roupa, Calçado e Acessórios</i>	385.608	5.108	1,32
Dezpeme.com	<i>Marcas / Roupa, Calçado e Acessórios</i>	143.852	6.115	4,25
PARFOIS	<i>Marcas / Roupa, Calçado e Acessórios</i>	129.511	4.039	3,12
Salsa Jeans	<i>Marcas / Roupa, Calçado e Acessórios</i>	118.504	3.435	2,90
La Redoute PT	<i>Marcas / Roupa, Calçado e Acessórios</i>	96.829	2.484	2,57
Cão Azul	<i>Marcas / Roupa, Calçado e Acessórios</i>	82.925	3.516	4,24
Luis Onofre	<i>Marcas / Roupa, Calçado e Acessórios</i>	73.982	2.095	2,83
Lanidor	<i>Marcas / Roupa, Calçado e Acessórios</i>	66.322	1.299	1,96
Pedra Dura	<i>Marcas / Roupa, Calçado e Acessórios</i>	56.702	1.293	2,28
Westrags PT	<i>Marcas / Roupa,</i>	54.093	4.952	9,15

	<i>Calçado e Acessórios</i>			
Seaside	<i>Marcas / Roupas, Calçado e Acessórios</i>	47.242	1.549	3,28
ModaLisboa	<i>Marcas / Roupas, Calçado e Acessórios</i>	41.962	1.202	2,86
Roupa, Calçado e Acessórios		1.768.868	40.466	3,19
Liga Portuguesa Contra o Cancro	<i>Marcas / Saúde</i>	483.854	2.561	0,53
AMI - Assistência Médica Internacional	<i>Marcas / Saúde</i>	228.469	1.160	0,51
Associação Portuguesa Contra a Leucemia	<i>Marcas / Saúde</i>	148.227	1.228	0,83
Saúde		860.550	4.949	0,62
Mercedes-Benz em Portugal	<i>Marcas / Sector Automóvel</i>	96.571	1.874	1,94
smart Portugal	<i>Marcas / Sector Automóvel</i>	78.862	463	0,59
Volvo Portugal	<i>Marcas / Sector Automóvel</i>	52.508	891	1,70
Renault Portugal	<i>Marcas / Sector Automóvel</i>	45.758	1.060	2,32
Sector Automóvel		273.699	4.288	1,64
tmn	<i>Marcas / Serviços</i>	499.515	5.389	1,08
Vodafone Portugal	<i>Marcas / Serviços</i>	329.526	11.894	3,61
Optimus	<i>Marcas / Serviços</i>	317.371	3.765	1,19
Meo - O comando é meu	<i>Marcas / Serviços</i>	282.106	30.442	10,79
Net-Empregos	<i>Marcas / Serviços</i>	270.306	11.067	4,09
TMN Moche	<i>Marcas / Serviços</i>	229.045	645	0,28

Negócios Yorn	<i>Marcas / Serviços</i>	56.795	432	0,76
Serviços		1.984.664	63.634	3,11
Adopta-nos	<i>Marcas / Sociedade</i>	246.530	2.631	1,07
Greenpeace Portugal	<i>Marcas / Sociedade</i>	91.863	624	0,68
União Zoófila	<i>Marcas / Sociedade</i>	72.704	2.566	3,53
Fundação Calouste Gulbenkian	<i>Marcas / Sociedade</i>	67.539	708	1,05
Chapitô	<i>Marcas / Sociedade</i>	58.306	296	0,51
Petição Pública	<i>Marcas / Sociedade</i>	47.954	577	1,20
Plantar Portugal	<i>Marcas / Sociedade</i>	45.262	688	1,52
Sociedade		630.158	8.090	1,37
Descobrir PORTUGAL	<i>Marcas / Viagens e Turismo</i>	439.148	14.956	3,41
TAP PORTUGAL	<i>Marcas / Viagens e Turismo</i>	175.359	3.865	2,20
Portugal Dream Coast: Yours in Setúbal	<i>Marcas / Viagens e Turismo</i>	107.335	1.600	1,49
A vida é bela	<i>Marcas / Viagens e Turismo</i>	106.933	1.351	1,26
POUSADAS DE PORTUGAL	<i>Marcas / Viagens e Turismo</i>	101.028	4.635	4,59
Visitportugal	<i>Marcas / Viagens e Turismo</i>	73.293	2.205	3,01
Hotéis Vila Galé	<i>Marcas / Viagens e Turismo</i>	64.586	373	0,58
GeoStar	<i>Marcas / Viagens</i>	61.777	287	0,46

	<i>e Turismo</i>			
Viagens Abreu S.A	<i>Marcas / Viagens e Turismo</i>	57.939	956	1,65
Rotas do Vento	<i>Marcas / Viagens e Turismo</i>	54.443	1.615	2,97
netviagens	<i>Marcas / Viagens e Turismo</i>	54.062	287	0,53
Turismo do Alentejo	<i>Marcas / Viagens e Turismo</i>	46.899	1.119	2,39
Odisseias	<i>Marcas / Viagens e Turismo</i>	43.593	609	1,40
Viagens e Turismo		1.386.395	33.858	1,99
TOTAIS		24.001.208	727.594	2,63
Amostra:	192			

TOTAL DE AUDIÊNCIA ACUMULADA DA AMOSTRA A: 38.009.097 fãs

AMOSTRA B – CATEGORIA “SAÚDE” (Dimensão: 107/107 total)

Páginas na Área da Saúde - Nome	Número de Fãs	Utiliza dores Activo s	% de Utilizado res Activos	Categoria
Liga Portuguesa contra o Cancro	485.052	3420	0,71	<i>Institucional</i>
AMI - Assistência Médica Internacional	229.100	1.572	0,69	<i>Institucional</i>
Associação Portuguesa Contra a Leucemia	149.046	2.208	1,48	<i>Institucional</i>
Acreditar	22.862	364	1,59	<i>Institucional</i>
Clínica de Estética Dentária Dr. Ricardo S. Marques	19.685	555	2,82	<i>Comercial</i>
Médicos do Mundo Portugal	19.277	81	0,42	<i>Institucional</i>
SPEM - Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla	19.045	229	1,20	<i>Institucional</i>
Oficina de Psicologia - Psicoterapia para Todos	18.783	1.503	8,00	<i>Comercial</i>
APLL - Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas	18.768	202	1,08	<i>Institucional</i>
Ordem dos Psicólogos Portugueses	9.908	252	2,54	<i>Institucional</i>
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica	9.664	380	3,93	<i>Institucional</i>
Farmácias Portuguesas	8.683	169	1,95	<i>Comercial</i>
Durex Portugal	8.228	299	3,63	<i>Comercial</i>
Linha Cancro	7.295	51	0,70	<i>Institucional</i>

Crioestaminal	6.690	38	0,57	<i>Comercial</i>
Conselho Português de Ressuscitação	6.521	26	0,40	<i>Comercial</i>
Lyfe	6.411	17	0,27	<i>Comercial</i>
DentalToday, Implantology Center	5.521	52	0,94	<i>Comercial</i>
IMT Instituto de Medicina Tradicional	4.457	94	2,11	<i>Institucional</i>
APSA - Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger	3.977	46	1,16	<i>Institucional</i>
APCM - Associação de Paralisia Cerebral da Madeira	3.776	16	0,42	<i>Institucional</i>
Alain Afflelou Portugal	3.774	24	0,64	<i>Comercial</i>
Clínica Ibérico Nogueira	3.533	102	2,89	<i>Comercial</i>
AMA - Associação de Amigos do Autismo	3.254	102	3,13	<i>Institucional</i>
Associação Portuguesa dos Nutricionistas	3.204	32	1,00	<i>Institucional</i>
Associação para a Promoção e Protecção da Saúde dos Açores	2.810	2	0,07	<i>Institucional</i>
Associação Central de Psicologia - Formação em Psicologia e Psicoterapia	2.800	13	0,46	<i>Institucional</i>
Labesfal Genéricos	2.747	5	0,18	<i>Institucional</i>
Associação Portuguesa de Fertilidade	2.718	142	5,22	<i>Institucional</i>
RCM Pharma	2.598	125	4,81	<i>Comercial</i>
CNMI-Conselho Nacional do Médico Interno-Ordem dos Médicos-Portugal	2.590	26	1,00	<i>Comercial</i>

ConsultaClick Portugal	2.506	26	1,04	<i>Institucional</i>
Ser Inteiro	2.440	12	0,49	<i>Institucional</i>
Associação Portuguesa de Celíacos (APC)	2.419	98	4,05	<i>Institucional</i>
Ordem dos Médicos Dentistas	2.254	43	1,91	<i>Institucional</i>
Vitalplus - Clínica de Medicina Estética, Saúde e Bem-Estar	2.015	168	8,34	<i>Comercial</i>
ser-no-mundo	1.983	1	0,05	<i>Institucional</i>
Aldeias SOS	1.850	49	2,65	<i>Institucional</i>
Nutricia Portugal	1.809	53	2,93	<i>Institucional</i>
A Minha Unidade de Saúde Familiar	1.616	8	0,50	<i>Blogues/ Comunidades</i>
Clínica do Amparo	1.475	13	0,88	<i>Comercial</i>
Tiagos Clínica	1.419	10	0,70	<i>Comercial</i>
Clearasil Portugal	1.375	2	0,15	<i>Comercial</i>
Farmácia do Passeio Alegre	1.267	5	0,39	<i>Comercial</i>
Lipocero Portugal	1.223	10	0,82	<i>Comercial</i>
Grupo Joaquim Chaves	1.165	12	1,03	<i>Comercial</i>
ArrabidaPharma	1.138	0	0,00	<i>Comercial</i>
Ordem dos Farmacêuticos - Secção Regional do Porto	1.104	7	0,63	<i>Institucional</i>
Clinica de estetica Patricia Lopes	1.024	8	0,78	<i>Comercial</i>
Centro Lu	939	3	0,32	<i>Comercial</i>
Fundação Rui Osório de Castro	871	20	2,30	<i>Institucional</i>
Lister Mais	862	3	0,35	<i>Comercial</i>
Nutricia Advanced Medical Nutrition	787	6	0,76	<i>Comercial</i>
Clínica Espregueira Mendes	779	5	0,64	<i>Comercial</i>
Ergovisão	773	12	1,55	<i>Comercial</i>

BILLY BOY Portugal	749	17	2,27	<i>Comercial</i>
Contact Lenses Europe	701	2	0,29	<i>Comercial</i>
Biothecare Estética Setúbal	665	25	3,76	<i>Comercial</i>
VIVA SOCIAL	641	0	0,00	<i>Comercial</i>
Persona - Associação para a Promoção da Saúde Mental	625	1	0,16	<i>Comercial</i>
Alain Afflelou Campo Ourique (Lisboa)	623	13	2,09	<i>Comercial</i>
CACV - Consultório de Angiologia & Cirurgia Vascular	612	0	0,00	<i>Comercial</i>
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE HIGIENISTAS ORAIS	510	4	0,78	<i>Comercial</i>
SRS Ordem dos Enfermeiros	493	15	3,04	<i>Institucional</i>
Clínica Cuida e Sara	413	1	0,24	<i>Institucional</i>
APPSI-Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica	372	4	1,08	<i>Institucional</i>
SAUDE INTEGRAL CITY	356	4	1,12	<i>Comercial</i>
Spatitude	352	2	0,57	<i>Comercial</i>
Point2Point	309	0	0,00	<i>Comercial</i>
Zona Óptica	292	0	0,00	<i>Comercial</i>
Farmácia Pinto Leal	290	13	4,48	<i>Comercial</i>
Alain Afflelou Covilhã	282	2	0,71	<i>Comercial</i>
Clinica dos Alimentos Dra. Eduarda Alves	270	5	1,85	<i>Comercial</i>
Farmacia Avenida	255	2	0,78	<i>Comercial</i>
Mycare-Clinica de Estética e Bem-Estar	252	1	0,40	<i>Comercial</i>
BeHealthy - Saúde Natural	251	6	2,39	<i>Comercial</i>
Cartão Uniscard	239	1	0,42	<i>Comercial</i>
Farmacia do Forum Sintra	235	7	2,98	<i>Comercial</i>

Cytothera	219	0	0,00	Comercial
Surgery and More	216	61	28,24	Comercial
Labesfal Ginseng C	216	2	0,93	Comercial
Farmácia Roldão - Lavradio	210	2	0,95	Comercial
DAN Portugal	206	0	0,00	Comercial
Associação Portuguesa do Sono	197	2	1,02	Comercial
Associação Vivamus	195	1	0,51	Comercial
Psicomove	179	1	0,56	Comercial
Farmácia Central da Amadora	176	4	2,27	Comercial
Alain Afflelou Feijó	155	20	12,90	Comercial
Farmácia Linaida	155	0	0,00	Comercial
GRUPÓTICO	143	6	4,20	Comercial
Fórum Hospital do Futuro	134	20	14,93	Comercial
Porto Surgical Tourism	124	0	0,00	Comercial
Internacional Área	123	3	2,44	Comercial
Centro de Acupuntura, Amadora	108	1	0,93	Comercial
Clínica Ferreira Borges - Medicina Dentária	95	23	24,21	Comercial
Keypoint CRO	88	1	1,14	Comercial
Clínica Medica e Dentária, SorriMédica	85	5	5,88	Comercial
Cesam, Especialidades Farmacêuticas	82	3	3,66	Comercial
Cartão Cliente Farmácias	78	1	1,28	Comercial
Lumilabo - Laboratório de Análises Clínicas, S.A.	76	0	0,00	Comercial
CLÍNICA ORTOPÉDICA DA AMADORA	74	0	0,00	Comercial
Alain Afflelou Setubal	59	1	1,69	Comercial
Clínica de Terapia de Casal	38	1	2,63	Comercial

IA Farma - Divisão de
Farmácia da Internacional

Área	32	6	18,75	<i>Comercial</i>
Alain Afflelou Jumbo Maia	16	0	0,00	<i>Comercial</i>
Alain Afflelou Caldas da Rainha	16	0	0,00	<i>Comercial</i>
Alfredo Cavalheiro, Lda.	9	0	0,00	<i>Comercial</i>
TOTAIS	1.141.161	13.010	2,32	
Número de páginas na Amostra	107			

Conclusão

As possibilidades das novas tecnologias são muitas e tentámos, através de diversos projectos e iniciativas no âmbito do estágio, evidenciar isso mesmo. Começámos por apresentar o retrato interno da instituição, mediante os seus balanços sociais e relatórios de actividade, chegando à conclusão que as novas tecnologias poderiam ser utilizadas para mitigar as muitas diferenças internas no seio da Direcção Geral de Saúde. A proposta para o efeito seria a dinamização do clube DGS. Demonstrámos como a Internet pode ser utilizada para construir conhecimento de forma partilhada por uma massa anónima de indivíduos, razão pela qual criámos o portal wikicure. E finalmente, a pedido expresso da Dra. Catarina Senna, definimos uma linha de conteúdos da Direcção Geral de Saúde para o Facebook concluindo que existia um “território” possível de ser explorado a partir do prisma da autopoiesis de Maturana e Varela.

Bibliografia

- Bachelard, G. (1989), *A Água e os Sonhos - Ensaio sobre a imaginação da matéria*, São Paulo, Livraria Martins Fontes Lda.
- Blair, A. (2010), "Information overload, the early years", Boston, *Boston Globe*, disponível em: http://www.boston.com/bostonglobe/ideas/articles/2010/11/28/information_overload_the_early_years/
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2008), Future networks and the internet Early Challenges regarding the “Internet of Things.”, disponível em: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/i2010/docs/future_internet/swp_internet_things.pdf
- Canclini, N.G. (1999), *La Globalización Imaginada*, Buenos Aires, Paidós
- Carr, N. (2008), "Is Google making us stupid?", Washington, *Atlantic Online*, disponível em: <http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2008/07/is-google-making-us-stupid/306868/>
- Castells, M. (2005), *A Sociedade em Rede*, Lisboa, Serviço de Educação e Bolsas - Fundação Calouste Gulbenkian, 2ª edição
- Coelho, J.D. et al (2007), *A Sociedade da Informação - O percurso português*, Lisboa, Edições Sílabo
- Crystal, D. (2001), *Language and the Internet*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Decreto Lei nº 121/2008 de 11 de Julho
- DN.pt (2010), "Idade de reforma pode subir para os 67 anos" , Lisboa, *Diário de Notícias*, disponível em: http://www.dn.pt/bolsa/interior.aspx?content_id=1503161
- Direcção Geral da Saúde (2004), *Relatório de Actividades 2003*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2010), *Relatório de Actividades 2010*, Lisboa, Ministério da Saúde
- Edmunds, A. & Morris, A. (2000), "The problem of information overload in business organisations, a review of the literature", Leicester, *International Journal of Information Management*, 20(1), pp.17-28.
- Ellison, N.B. & Steinfield, C. (2007), "The Benefits of Facebook “Friends,”” Social Capital e College Students’ Use of Online Social Network Sites, East Lansing, *Journal of Computer-Mediated Communication*

- Engelbart, D. (1962), *Augmenting Human Intellect, A Conceptual Framework*, Washington, Air Force Office of Scientific Research
- Foucault, M. (1994), *A vontade de saber*. Lisboa, Relógio de Água
- Galbraith, J.K. (1969), *O novo Estado Industrial*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2ª edição
- Geyer, F. & Zouwen, J. van der (1986), *Socio Cybernetic Paradoxes*, Londres, Sage Publications, Inc
- Greene, R.L. (2012), "Facebook, Like?", Londres, *Intelligent Life*, disponível em: <http://moreintelligentlife.com/content/ideas/robert-lane-greene/facebook?page=full>
- Griffiths, R. (1983). *NHS MANAGEMENT INQUIRY (The Griffiths Report)*, Londres, National Health System
- Guerreiro, A. (2012). "O Fim da Sociedade de Trabalho", Lisboa, *Revista "Atual"* - *Jornal Expresso*, pp.36-38.
- Hardt, M. & Negri, A. (2004), *Império*, Lisboa, Livros do Brasil
- Hobsbawm, E. (1995), *Era dos Extremos, o breve século XX, 1914-1991*, São Paulo, Companhia das Letras.
- Kennedy, I. (2001), *Learning from Bristol - The Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995*, Londres, Department of Health
- Leslie, I. (2012), "Non cogito, ergo sum", Londres, *Intelligent Life*, disponível em: <http://moreintelligentlife.com/node/4463>
- Lupton, D. (1995), *The imperative of health, Public health and the regulated body*, Thousand Oaks, Sage
- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1992), *The Tree of Knowledge - The Biological Roots of Human Understanding*, Boston, Shambhala
- McLuhan, M. (1972), *A Galáxia de Gutenberg - a formação do homem tipográfico*, São Paulo, Companhia Editora Nacional - Editora da Universidade de São Paulo
- Mill, J.S. (1863), *On Liberty*, Boston, Ticknor e Fields, 2ª Edição
- Morin, E. (2008), *On Complexity*, New York, Hampton Press
- Nightingale, F. (1860). *Notes on Nursing*, New York, D. Appleton e Company
- Novick, L.F. & Morrow, C.B. (2008), *Defining Public Health, Historical e Contemporary Developments*, Boston, Jones and Bartlett Publishers

- Poincaré, H. (1918), *Science and Method*, Londres, Thomas Nelson e Sons.
- Ribeiro, J.M. (2009), *Saúde - A Liberdade de Escolher*, Lisboa, Gradiva
- Sakellarides, C. (2009), *Governança dos Hospitais - Gestão do Conhecimento, Inovação e Governança Clínica*, Lisboa, Casa das Letras
- Scientific Secretariat of the European Union Committee of Experts on Rare Diseases, (2011), 2011 Report on the State of The Art of Rare Disease Activities, disponível em: http://www.eucerd.eu/?post_type=document&p=1368
- Secção de Pessoal /Contabilidade da DGS (2010), *Balanço Social 2010*, Lisboa, Direcção Geral de Saúde
- Tappscott, D. & Williams, A.D. (2006), *Wikinomics*, Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira
- Taylor, F.W. (2008), *The principles of scientific management*, Stilwell, Digireads.com Publishing